

# КРАТКІЙ УЧЕБНИКЪ ГИНЕКОЛОГИИ.

СОСТАВИЛЪ

профессоръ **O. Küstner** (Breslau),

при участіи профессоръ **E. Bumm'a** (Berlin), **A. Doederlein'a** (Tübingen), **B. Kroenig'a** (Freiburg), **K. Menge** (Heidelberg) и † **A. von Rosthorn'a** (Wien).

---

Переводъ съ 4-го изданія сочиненія „Kurzes Lehrbuch der Gynäkologie v. Prof. Dr. O. Küstner“

подъ редакціею и съ дополненіями

**В. С. Груздева,**  
профессора Казанскаго Университета.

---

Русское изданіе 3-е.

---

Съ 356 рисунками въ текстѣ и хромофотографированною таблицею.



С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Изданіе **К. Л. Риккера.**

Невскій пр., № 14.

1912.

## Предисловіе составителя

къ 1-му нѣмецкому изданію.

Настоящая книга написана преимущественно для студентовъ; она составлена такимъ образомъ, чтобы могла вполне соответствовать задачамъ современнаго преподаванія; нами отнюдь не руководило желаніе написать трактатъ для специалистовъ, — руководящимъ принципомъ нашимъ была мысль восполнить великую медицинскую дисциплину со стороны той ея отрасли, которой мы являемся представителями.

Книгѣ этой предположено придать скромные размѣры; она должна была содержать лишь самое необходимое. Въмѣстѣ съ тѣмъ, однако, мы не хотѣли, чтобы она была только голымъ остовомъ, или же, — чтобы она служила исключительно для экзаменаціонной зубрежки. Мы желали, чтобы по ней можно было дѣйствительно изучить нашъ предметъ, чтобы ее можно было читать, чтобы она могла побудить къ изученію и медицинскому научному мышленію въ области гинекологіи.

Мы особенно имѣли въ виду, при ея составленіи, дать строго научное изложеніе основъ гинекологіи, удѣливъ ему столько же мѣста, сколько и изложенію практической, клинической и терапевтической стороны дѣла.

Чтобы удовлетворить практическимъ потребностямъ, мы рѣшили въ своемъ трудѣ ствести должное мѣсто діагностикѣ и терапіи. Особенное вниманіе было обращено нами на оперативную терапію: какъ большія, такъ и малыя гинекологическія операціи описаны нами подробно.

При осуществленіи этого плана оказалось, что размѣры нашей книги на нѣсколько листовъ превзошли намѣченный объемъ; но изѣжать этого не было возможности, — иначе пострадала-бы или научная, или практическая сторона нашего руководства.

Классификація матеріала даже въ краткомъ учебникѣ какой-либо клинической отрасли, претендующемъ на современность, не можетъ въ настоящее время быть основана на одностороннихъ принципахъ. Нѣсколько десятковъ лѣтъ тому назадъ достаточно было одной анатомической классификаціи. Съ тѣхъ поръ, однако, какъ изученіе этиологии приобрѣло огромное значеніе для медицинскаго мышленія, наблюденія и терапіи, намъ необходимо считаться и съ нимъ. Наконецъ, нельзя оставлять безъ вниманія и чисто клиническихъ точекъ зрѣнія.

Необходимость классификаціи, основанной на вышеуказанныхъ трехъ принципахъ, я ощущалъ уже восемь лѣтъ тому назадъ и провелъ ее въ моихъ «Основахъ гинекологіи», изданныхъ въ 1893 г. Что такая клас-

сификація дѣйствительно цѣлесообразна, — говорить уже одно то обстоятельство, что въ существенныхъ чертахъ она принята въ обширномъ руководствѣ гинекологіи, вышедшемъ подъ редакціей Veit'a.

Какъ сказано выше, мы заботились о возможно маломъ объемѣ книги, а потому очень часто пользовались въ ней мелкимъ и даже самымъ мелкимъ шрифтомъ.

Сверхъ того мы прибѣгли и къ курсиву, — въ тѣхъ именно случаяхъ, когда намъ нужно было особенно подчеркнуть положенія и мѣста, имѣющія принципиальное значеніе и являющіяся какъ-бы основами нашей науки.

При обработкѣ тѣхъ главъ, которыя выпали на мою долю, я руководился моими «Основами», выпущенными въ свѣтъ тѣмъ же издателемъ; въ виду того, однако, что эта послѣдняя книга появилась восемь лѣтъ тому назадъ, мнѣ пришлось основательно видоизмѣнить большинство главъ, а многія написать даже совсѣмъ заново.

Я не могу выпустить въ свѣтъ этотъ дорогой для меня трудъ безъ того, чтобы не выразить моей благодарности г. издателю за ту тщательность, съ которой онъ отнесся къ вышней сторонѣ настоящаго руководства, въ особенности же за художественное воспроизведеніе рисунковъ.

Я дѣлаю это также и отъ имени моихъ сотрудниковъ.

Breslau.  
Пасха 1901 г.

Otto Küstner.

## Предисловіе составителя

къ 4-му нѣмецкому изданію.

И настоящее издание, подобно изданію 2-му, выходитъ въ свѣтъ подъ знакомъ траура . . . 9 Августа 1909 года была преждевременно отозванъ изъ своей, исполненной любви къ труду, жизни А. Rosthorn.

Rosthorn принималъ участіе во многихъ трудахъ, изъ которыхъ настоящій является самымъ малымъ. Но и въ этой книгѣ принадлежащія ему отдѣлы носятъ ясныя черты его манеры работать, отличаясь основательностью, достовѣрностью и объективностью. Поэтому составленная имъ глава о бугорчаткѣ до сихъ поръ не нуждается въ существенныхъ измѣненіяхъ, какъ то показали просмотръ ея, любезно взятый на себя проф. К. Menge.

И еще одну потерю понесла книга: 22 іюня 1910 года неожиданно скончался ея издатель, д-ръ Т. Fischer.

Намъ извѣстно, какъ онъ, со свойственной ему энергіей, самоотверженно споспѣшествовалъ нашему труду, съ полнѣйшею готовностью выполняя всякое наше желаніе относительно его изданія.

Шлемъ на могилу обонхъ почившихъ нашу грустную благодарность за сотрудничество. Ихъ трудъ будетъ жить въ настоящей книгѣ.

Breslau.  
Октябрь 1910.

Otto Küstner.



## Предисловіе редактора русскаго изданія.

Когда я, въ 1900 году, занялъ кафедру акушерства и гинекологіи въ Казанскомъ Университетѣ, одною изъ первыхъ моихъ заботъ было — предоставить въ распоряженіе слушателей соответственныя руководства, по которымъ-бы они могли, съ одной стороны, возобновлять въ своей памяти слышанное и видѣнное ими на лекціяхъ и практическихъ занятіяхъ, а съ другой — самостоятельно знакомиться съ обѣими названными отраслями медицины. Что касается акушерства, то мнѣ сравнительно легко было выполнить эту задачу: въ области акушерства мы имѣли тогда немало какъ оригинальныхъ, такъ и переводныхъ трудовъ, которые вполнѣ удовлетворяли и теперь еще удовлетворяютъ всѣмъ требованіямъ, какія могутъ быть предъявляемы къ учебному руководству по этой отрасли медицины.

Значительно труднѣе оказалась указанная задача по отношенію къ гинекологіи. Гинекологія — одна изъ самыхъ молодыхъ и, въ то же время, одна изъ наиболѣе быстро прогрессирующихъ отраслей практической медицины. Вслѣдствіе этого руководства по гинекологіи, составленныя въ концѣ прошлаго столѣтія, въ началѣ нынѣшняго являлись уже устарѣвшими. Между тѣмъ современность должна быть однимъ изъ непремѣнныхъ качествъ всякаго учебнаго руководства, особенно же предназначеннаго знакомить своихъ читателей съ наукой, развитіе которой идетъ впередъ столь быстрыми шагами. Помимо этого, руководство по гинекологіи должно удовлетворять и цѣлому ряду другихъ требованій. Такъ, что касается его объема, то, съ одной стороны, онъ долженъ быть неслишкомъ обширенъ, такъ какъ изучающіе медицину молодые люди обременены массою занятій, а съ другой — и не слишкомъ кратокъ, такъ какъ въ послѣднемъ случаѣ руководство или принимаетъ нежелательный видъ и характеръ конспекта, или затрогиваетъ лишь часть того, что оно должно обнимать. Далѣе, имѣя своею задачею ознакомленіе читателей съ одной изъ отраслей практической медицины, руководство по гинекологіи должно eo ipso отличаться практичностью, удобопримѣнимостью; съ другой стороны, однако, оно должно быть проникнуто духомъ строгой научности; и научныя основы гинекологіи и практическое приложеніе этихъ основъ — должны гармонично сочетаться на его страницахъ. Наконецъ, будучи предназначено для самостоятельнаго пользованія со стороны учащихся, оно должно быть составлено такъ, чтобы его читатель могъ сразу отличить наиболѣе существенное отъ менѣ важнаго и сосредоточить свое вниманіе преимущественно на первомъ.

Въ поискахъ за такимъ руководствомъ я сначала остановился на книгѣ Nagel'я, которая и была издана въ русскомъ переводѣ подъ моею редакціей<sup>1)</sup>. Но трудъ этотъ, какъ я о томъ и заявилъ въ предисловіи къ русскому его изданію, при нѣкоторыхъ своихъ несомнѣнныхъ достоинствахъ, нечуждъ и крупныхъ недостатковъ. Въ немъ немало крупныхъ пробѣловъ; нѣкоторые взгляды автора отличаются крайне одностороннимъ характеромъ; многія главы книги носятъ слѣды поспѣшной, небрежной обработки; наконецъ и внѣшняя сторона ея оставляетъ желать очень многого, — книга Nagel'я бѣдна рисунками, да и тѣ, которые въ ней имѣются, выполнены неособенно хорошо.

Тѣмъ съ большимъ удовольствіемъ встрѣтилъ я въ 1901 г. извѣстіе о появленіи въ нѣмецкой литературѣ учебника гинекологіи, составленнаго Küstner'омъ при сотрудничествѣ Bumm'a, Doederlein'a, Gebhard'a и Rosthorn'a. Уже одни имена составителей ручались, что этотъ трудъ обладаетъ выдающимися достоинствами. Внимательно просмотрѣвъ его, я убѣдился, что это, безспорно, — едва-ли не лучший въ настоящее время учебникъ женскихъ болѣзней, въ значительной мѣрѣ удовлетворяющій тѣмъ требованіямъ отъ труда подобнаго рода, какія мною перечислены выше. Руководство Küstner'a обнимаетъ почти всю систему гинекологіи въ ея современномъ видѣ; оно невелико по объему, но, въ то же время, не представляетъ крупныхъ пробѣловъ; оно проникнуто строго научнымъ духомъ и, вмѣстѣ съ тѣмъ, превосходно знакомитъ читателя съ практическимъ примѣненіемъ основъ гинекологіи; составители его позаботились о томъ, чтобы учащійся, читая ихъ трудъ, сразу могъ отдѣлать болѣе важное отъ менѣ существеннаго, твердо установленное — отъ гипотетическаго; наконецъ, оно снабжено массою художественныхъ рисунковъ, придающихъ его содержанію высокую степень наглядности. Нельзя было не пожелать, чтобы переводъ столь цѣннаго труда обогатилъ русскую медицинскую литературу. Фирма К. Л. Риккера отзывчиво пошла навстрѣчу этому желанію, согласившись издать переводъ книги Küstner'a въ такомъ видѣ, чтобы онъ съ внѣшней стороны не уступалъ оригиналу. Зная ту тщательность и добросовѣстность, съ какими почтенная фирма эта выполняетъ всѣ свои издательскія предпріятія, я съ особеннымъ удовольствіемъ принялъ на себя трудъ быть редакторомъ перевода, увидѣвшаго свѣтъ въ 1903 году.

Что я не ошибся въ оцѣнкѣ книги Küstner'a, — показалъ приемъ, встрѣченный ею какъ въ Германіи, такъ и у насъ въ Россіи: въ Германіи не прошло и 3 лѣтъ со времени ея появленія, какъ потребовалось 2-е ея изданіе, еще черезъ 3 года вышло 3-е ея изданіе, а черезъ 2½ года послѣ 3-го — 4-е; въ Россіи первая два изданія книги также разошлись сравнительно быстро, и явилась пужда въ новомъ, третьемъ изданіи, редактировать которое опять выпало на мою долю.

Замѣчу, что изъ четвертаго нѣмецкаго изданія я позволилъ себѣ выпустить прибавленіе къ главѣ X, содержащее данныя касательно отношенія аномалій положенія матки къ работоспособности больныхъ, ибо данныя эти изложены соотвѣтственно германскимъ законамъ. Кромѣ того, я позволилъ себѣ, въ видахъ большей полноты, внести и въ третье русское

1) W. Nagel. Гинекологія для врачей и студентовъ. Пер. Мокржецаго. СПб. 1900.

изданіе книги нѣсколько дополненій, которыя помѣщены мною въ подстрочныхъ примѣчаніяхъ и помѣчены инициалами В. Г.

Рекомендуя это новое изданіе книги Küstner'a въ качествѣ учебника для студентовъ, я, въ то же время, позволяю себѣ рекомендовать его и вниманію врачей. Я увѣренъ, что и послѣдніе найдутъ въ этой книгѣ превосходное руководство, которое поможетъ имъ разобраться во многихъ вопросахъ, касающихся заболѣваній женской половой сферы.

**В. Груздевъ.**

акusher-lib.ru

# ОГЛАВЛЕНИЕ.

Предисловіе составителя къ 1-му нѣмецкому изданію . . . . .	Стр. III
Предисловіе составителя къ 4-му нѣмецкому изданію . . . . .	V
Предисловіе редактора русскаго изданія . . . . .	VI

## ОТДѢЛЪ ПЕРВЫЙ.

### Анатомія, развитіе и пороки развитія женскихъ половыхъ органовъ.

<b>Глава I. Анатомія женскихъ половыхъ органовъ . . . . .</b>	<b>1</b>
1. Матка . . . . .	—
2. Фаллопьевы трубы . . . . .	4
3. Яичники . . . . .	6
4. Придатокъ яичника (parovarium) . . . . .	10
5. Рукавъ . . . . .	—
6. Наружныя половыя части . . . . .	12
<b>Глава II. Развитіе, созрѣваніе и старческая инволюція женскихъ половыхъ органовъ . . . . .</b>	<b>11</b>
I. Исторія развитія женскихъ половыхъ частей . . . . .	—
Развитіе внутреннихъ половыхъ частей . . . . .	—
Развитіе наружныхъ половыхъ частей . . . . .	19
II. Периодическія измѣненія въ половыхъ органахъ взрослой женщины . . . . .	21
1. Менструація . . . . .	—
2. Созрѣваніе яицъ и овуляція . . . . .	23
3. Діететика менструальнаго періода . . . . .	25
III. Старческая инволюція женскихъ половыхъ органовъ . . . . .	26
Hydrometra et pyometra senilis . . . . .	—
Климактерическія разстройства . . . . .	27
<b>Глава III. Пороки развитія женской половой системы . . . . .</b>	<b>28</b>
I. Пороки развитія внутреннихъ половыхъ органовъ . . . . .	—
1. Классификація . . . . .	—
2. Пороки развитія, состоящіе въ сохраненіи внутренними половыми органами тѣхъ состояній, которыя свойственны имъ, пока они изъ парныхъ не сдѣлались еще непарными и полыми (группы I—III) . . . . .	30
Uterus didelphys . . . . .	30
Uterus biforus . . . . .	—
Uterus duplex . . . . .	31
Наематометра въ рудиментарномъ рогѣ двойной матки . . . . .	33
Беременность въ рудиментарномъ рогѣ двойной матки . . . . .	36

	Стр.
3. Пороки развитія одного только влагалища . . . . .	40
Перегордки въ рукавъ . . . . .	—
Гименальныя атрезіи рукава . . . . .	—
Болѣе значительныя атрезіи рукава . . . . .	41
Состояніе гимена при порокахъ развитія рукава . . . . .	43
4. Пороки развитія, заключающіеся въ сохраненіи внутренними половыми органами тѣхъ состояній, которыя свойственны имъ уже послѣ того, какъ они изъ парныхъ сдѣлались непарными и полыми, но еще не достигли полного развитія(группа IV) . . . . .	44
Uterus infantilis . . . . .	—
II. Пороки развитія мочевого пузыря, уретры, наружныхъ половыхъ органовъ и прямой кишки . . . . .	46
Пороки развитія женскаго мочевого пузыря и уретры . . . . .	—
Эписпадія . . . . .	—
Fissurae vesicae . . . . .	48
Уродства наружныхъ половыхъ органовъ . . . . .	—
Женская гипоспадія . . . . .	—
Отсутствіе и атрезіи вульвы . . . . .	51
Зарошеніе половой щели . . . . .	—
Vulva infantilis . . . . .	—
Уродства прямой кишки . . . . .	—

## ОТДѢЛЪ ВТОРОЙ.

### Болѣзни наружныхъ половыхъ частей и влагалища.

<b>Глава IV. Болѣзни наружныхъ половыхъ частей.</b> . . . . .	54
1. Воспалительные процессы; сопутствующія имъ и являющіяся ихъ послѣдствіями состоянія вульвы . . . . .	—
Воспаленіе вульвы . . . . .	—
Острыя кондиломы . . . . .	—
Kraurosis vulvae . . . . .	55
Отекъ наружныхъ половыхъ частей . . . . .	56
Тромбы вульвы . . . . .	57
Нома вульвы . . . . .	—
Экзантемы вульвы . . . . .	—
Воспаленіе Bartholin'овыхъ железъ . . . . .	—
Кисты Bartholin'овыхъ железъ . . . . .	58
Lupus vulvae . . . . .	59
Бугорчатка вульвы . . . . .	—
Elephantiasis vulvae . . . . .	—
Ulcus rodens vulvae . . . . .	60
2. Неврозы вульвы . . . . .	64
Зудъ вульвы . . . . .	—
Вагинизмъ . . . . .	65
3. Новообразованія вульвы . . . . .	67
Липомы вульвы . . . . .	—
Фибромы, энхондромы, невромы и ангиомы вульвы . . . . .	—
Саркомы вульвы . . . . .	68
Ракъ вульвы . . . . .	71
4. Грыжи большихъ губъ . . . . .	74
<b>Глава V. Поврежденія наружныхъ половыхъ органовъ и ихъ послѣдствія. — Перинеопластика. — Эпизиопластика.</b> . . . . .	76
Поврежденія дѣвственной плевы . . . . .	—
Разрывы промежности, неполные и полные . . . . .	77
Леченіе разрывовъ промежности . . . . .	79
Промежностная пластика по способу Küstner'a . . . . .	80

	Стр.
<b>Глава VI. Болѣзни влагалища . . . . .</b>	<b>91</b>
1. Воспалительные процессы . . . . .	—
Воспаление влагалища . . . . .	—
Colpohyperplasia cystica . . . . .	96
2. Травматическія поврежденія рукава и ихъ послѣдствія . . . . .	97
Травматическія поврежденія рукава . . . . .	—
Атрезія рукава . . . . .	—
Стенозы рукава . . . . .	101
3. Аномаліи положенія рукава . . . . .	103
Выпаденіе рукава . . . . .	—
4. Новообразованія рукава . . . . .	104
Кисты влагалища . . . . .	—
Миомы и саркомы рукава . . . . .	106
Ракъ влагалища . . . . .	107

## ОТДѢЛЪ ТРЕТІЙ.

### Болѣзни матки.

<b>Глава VII. Нормальныя и патологическія положенія и движенія матки. — Elevatio. — Lateropositio. — Lateroversio. — Lateroflexio. — Antepositio. — Retropositio. — Torsio. — Перекручиваніе по оси. — Патологическія anteversio et antelexio . . . . .</b>	<b>113</b>
Нормальное положеніе матки . . . . .	—
Патологическія положенія матки . . . . .	114
Elevatio uteri . . . . .	—
Antepositio uteri . . . . .	115
Retropositio uteri . . . . .	116
Lateropositio, lateroversio et lateroflexio uteri. . . . .	117
Torsio uteri . . . . .	118
Патологическія антеверзія и антефлексія матки . . . . .	121
<b>Глава VIII. Retroversio-flexio et descensus uteri . . . . .</b>	<b>123</b>
Анатомія . . . . .	—
Этіологія . . . . .	124
Припадки . . . . .	128
Диагнозъ . . . . .	131
Леченіе . . . . .	132
Выправленіе ретрофлектированной матки . . . . .	—
Устраненіе сросеній при retroflexio uteri fixata . . . . .	133
Пессаріи и ихъ примѣненіе . . . . .	135
Оперативное леченіе ретрофлексіи . . . . .	144
Беременность при ретроверзіи-флексіи . . . . .	154
<b>Глава IX. Выпаденіе матки и влагалища. . . . .</b>	<b>157</b>
Выпаденіе влагалища . . . . .	—
Выпаденіе матки, неполное и полное, его происхожденіе . . . . .	159
Припадки . . . . .	165
Леченіе . . . . .	169
Беременность при выпаденіи матки . . . . .	178
<b>Глава X. Выворотъ матки. . . . .</b>	<b>179</b>
Пуэриперальный выворотъ, его происхожденіе, припадки и леченіе . . . . .	—
Выворотъ матки, вызываемый подслизистыми опухолями матки . . . . .	184

	Стр.
<b>Глава XI. Эндометритъ. — Метритъ.</b> . . . . .	186
Классификація . . . . .	—
Микрофлора женскаго полового канала . . . . .	—
Острыя микробныя формы эндометрита: септический, гни- лостный, гонорройный, бугорчатый и дифтеритическій эндо- метриты . . . . .	188
Endometritis chronica hyperplastica. Этіологія . . . . .	190
Патологическая анатомія . . . . .	192
Симптомы . . . . .	194
Діагнозъ . . . . .	196
Леченіе . . . . .	197
Endometritis cervicis . . . . .	209
Патологическая анатомія . . . . .	—
Діагнозъ . . . . .	211
Леченіе . . . . .	212
<b>Глава XII. Особенности формы эндометрита и метрита. — Послѣдствія этихъ заболѣваній</b> . . . . .	216
Endometritis exfoliativa . . . . .	—
Metritis dissecans . . . . .	217
Атрезія матки . . . . .	218
Перфорация матки . . . . .	220
Атрофія матки . . . . .	221
Метритъ . . . . .	222
Острый метритъ . . . . .	223
Хроническій метритъ . . . . .	—
Хроническое воспаленіе и гипертрофія влагалищной части . . . . .	226
<b>Глава XIII. Десмоидныя новообразованія матки.</b> . . . . .	227
I. Міомы, фибромы и фиброміомы . . . . .	—
Ихъ частота . . . . .	—
Анатомическое строеніе . . . . .	—
Генезъ . . . . .	232
Клиническая картина . . . . .	234
Осложненія . . . . .	235
Припадки . . . . .	238
Распознаваніе . . . . .	243
Леченіе . . . . .	245
II. Саркомы . . . . .	257
Классификація . . . . .	258
Этіологія . . . . .	—
Анатомія . . . . .	259
Діагнозъ . . . . .	261
Теченіе . . . . .	262
Леченіе . . . . .	—
<b>Глава XIV. Эпителіоидныя новообразованія матки</b> . . . . .	264
I. Аденомы матки . . . . .	—
II. Ракъ матки . . . . .	265
Статистика, этіологія, гистогенезъ . . . . .	—
Анатомія . . . . .	268
Симптомы . . . . .	276
Діагнозъ . . . . .	280
Терапія . . . . .	283
III. Серотинальная карцинома, синцитіальная опухоль, chorioepithelioma malignum . . . . .	307

## ОТДѢЛЪ ЧЕТВЕРТЫИ.

## Болѣзни трубъ, яичниковъ и прилежащихъ тканей.

<b>Глава XV. Аномаліи образованія трубъ. — Воспаленія трубъ . . . . .</b>	<b>312</b>
I. Аномаліи образованія трубъ . . . . .	—
Полное отсутствіе трубъ . . . . .	—
Добавочныя трубы и добавочныя трубныя устья . . . . .	—
II. Воспаленіе яйцепроводовъ: salpingitis, pyosalpinx, hydrosalpinx, haematosalpinx . . . . .	313
Этіологія . . . . .	314
Патологическая анатомія . . . . .	318
Endosalpingitis . . . . .	—
Salpingitis isthmica nodosa . . . . .	—
Salpingitis interstitialis . . . . .	320
Haematosalpinx et hydrosalpinx . . . . .	321
Трубно-яичниковыя кисты . . . . .	322
Припадки и распознаваніе . . . . .	323
Теченіе и предсказаніе . . . . .	326
Профилактика . . . . .	327
Терапія . . . . .	328
<b>Глава XVI. Трубная беременность. — Новообразованія трубъ . . . . .</b>	<b>332</b>
I. Трубная беременность (haematocoele) . . . . .	—
Этіологія . . . . .	333
Теченіе и исходы . . . . .	335
Симптоматологія . . . . .	339
Распознаваніе . . . . .	341
Предсказаніе . . . . .	344
Леченіе . . . . .	—
II. Новообразованія трубъ . . . . .	346
<b>Глава XVII. Болѣзни яичниковъ: пороки развитія, аномаліи положенія, циркуляторныя разстройства, неправильности питанія, воспаленія . . . . .</b>	<b>349</b>
I. Пороки развитія яичниковъ . . . . .	—
II. Аномаліи положенія яичниковъ . . . . .	350
III. Воспаленіе яичниковъ . . . . .	351
Острый оофоритъ . . . . .	—
Хроническій оофоритъ . . . . .	353
<b>Глава XVIII. Новообразованія яичниковъ. . . . .</b>	<b>357</b>
I. Патологическая анатомія . . . . .	—
1. Непролиферирующія опухоли . . . . .	—
Фолликулярныя кисты . . . . .	—
Кисты желтаго тѣла . . . . .	358
2. Проплиферирующія опухоли . . . . .	—
Классификація . . . . .	—
A. Паренхиматозныя опухоли . . . . .	359
a) Эпителіальныя опухоли . . . . .	—
aa) Кистаденомы . . . . .	—
1. Cystadenoma pseudomucinosum . . . . .	361
2. Cystadenoma serosum . . . . .	364
bb) Карциномы . . . . .	365
Плотные раки . . . . .	366
Раковое перерожденіе кистомъ . . . . .	367



	Стр.
<i>б) Яйцеродныя новообразованія . . . . .</i>	368
Дермоиды . . . . .	—
Тератомы . . . . .	369
<b>Б. Строматогенныя опухоли . . . . .</b>	<b>370</b>
1. Фибромы . . . . .	—
2. Саркомы . . . . .	371
3. Эндотелиомы и перителіомы . . . . .	372
II. Клиническія явленія и прогностика яични- ковыхъ опухолей . . . . .	373
III. Распознаваніе яичниковыхъ опухолей . . . . .	376
IV. Лечение яичниковыхъ опухолей . . . . .	378
Техника овариотоміи . . . . .	—
Результаты овариотоміи . . . . .	384
V. Пароваріальныя кисты . . . . .	—
<b>Глава XIX. Болѣзни околomаточной клѣтчатки . . . . .</b>	<b>386</b>
Анатомія . . . . .	—
Кровоизліянія въ тазовую клѣтчатку . . . . .	—
Воспаленіе околomаточной клѣтчатки . . . . .	387
Анатомія . . . . .	—
Этіологія . . . . .	388
Теченіе . . . . .	390
Діагнозъ . . . . .	392
Леченіе . . . . .	394
Parametritis posterior Schultze . . . . .	397
Опухоли широкихъ связокъ: міомы, саркомы, кисты, раки . . . . .	398
Опухоли круглыхъ связокъ . . . . .	401
Ретроперитонеальныя опухоли . . . . .	—
Эхинококки тазовой клѣтчатки . . . . .	402
<b>Глава XX. Болѣзни брюшины . . . . .</b>	<b>403</b>
I. Перитонитическій гнойникъ. Периметритическій гнойникъ . . . . .	—
Клиническая картина . . . . .	404
Распознаваніе . . . . .	406
Леченіе . . . . .	—
II. Слипчивый тазовый перитонитъ, слипчивый периметритъ . . . . .	409
Этіологія . . . . .	—
Припадки . . . . .	410
Заворотъ кишекъ, его происхожденіе, діагнозъ, профилактика и терапия . . . . .	411
<b>ОТДѢЛЪ ПЯТЫЙ.</b>	
<b>Болѣзни уретры и мочевого пузыря.</b>	
<b>Глава XXI. Болѣзни уретры и мочевого пузыря . . . . .</b>	<b>415</b>
I. Болѣзни уретры . . . . .	—
Аномаліи образованія . . . . .	—
Изслѣдованіе уретры . . . . .	—
Уретритъ . . . . .	—
Фиссуры уретры . . . . .	416
Расширеніе уретры . . . . .	—
Стенозы и стриктуры уретры . . . . .	417
Lupus urethrae . . . . .	—
Новообразованія уретры . . . . .	—
Уретральныя карункулы . . . . .	418
Выпаденіе слизистой оболочки уретры . . . . .	419

	Стр.
Уретральные камни . . . . .	419
II. Болѣзни пузыря . . . . .	—
Диагностика . . . . .	—
Исслѣдованіе мочи . . . . .	—
Цистоскопія . . . . .	420
Пальпация . . . . .	422
Смѣщенія пузыря . . . . .	—
Воспаленія пузыря . . . . .	423
Камни въ пузырь . . . . .	430
Новообразования пузыря — папилломы и раки . . . . .	431
Неврозы пузыря . . . . .	435
<b>Глава XXII. Свищи влагалища и матки . . . . .</b>	<b>436</b>
I. Пузырно-влагалищные свищи . . . . .	—
Происхожденіе . . . . .	—
Анатомія . . . . .	438
Диагнозъ . . . . .	439
Прогнозъ . . . . .	—
Профилактика и терапия . . . . .	440
II. Пузырно-маточные свищи . . . . .	451
III. Пузырно-кишечные свищи . . . . .	—
VI. Мочеточниково-влагалищные свищи . . . . .	—
V. Кишечно-влагалищные свищи . . . . .	454
Тонкокишечно-влагалищные свищи . . . . .	—
Толстокишечно-влагалищные свищи . . . . .	455

## ОТДѢЛЪ ШЕСТОЙ.

### Микробіотическія заболѣванія женской мочеполовой системы.

<b>Глава XXIII. Гоноррея женскихъ половыхъ органовъ . . . . .</b>	<b>457</b>
Природа возбудителей гонорреи . . . . .	—
Способъ инфекціи . . . . .	458
Гонорройный уретритъ . . . . .	461
" вульво-вагинитъ . . . . .	462
" эндометритъ . . . . .	463
" сальпинго-оофоритъ . . . . .	465
Вліяніе гонорреи на способность воспроизведенія . . . . .	—
Прогнозъ гонорреи . . . . .	466
Распознаваніе . . . . .	—
Профилактика и лечение . . . . .	467
<b>Глава XXIV. Бугорчатка женскихъ половыхъ органовъ и брюшины . . . . .</b>	<b>474</b>
I. Общій обзоръ . . . . .	—
Сущность заболѣванія и его характерныя черты . . . . .	—
Пути туберкулезной инфекціи . . . . .	479
Частота бугорчатки женскихъ половыхъ органовъ . . . . .	481
II. Экспериментальныя данныя . . . . .	483
III. Патологическая анатомія . . . . .	485
1. Бугорчатка трубъ . . . . .	—
2. " тѣла матки . . . . .	491
3. " яичниковъ . . . . .	494
4. " маточной шейки . . . . .	499
5. " рукава и наружныхъ половыхъ частей . . . . .	500
6. " брюшины . . . . .	503
IV. Диагнозъ . . . . .	506

V. Лечение бугорчатки женской половой сферы	511
VI. Влияние половой жизни на имѣющийся въ организмѣ туберкулезъ. — Бугорчатка плаценты	517
<b>Глава XXV. Сепсисъ</b>	519
Патогенезъ	—
Этіологія	520
Формы сепсиса	521
1. Гнилостная интоксикація	—
2. Септическая инфекция	523
a) Инфицированные раны вульвы и рукава	524
b) Септический эндометритъ	525
c) „ сальпинго-оофоритъ	527
d) „ параметритъ	528
e) „ периметритъ и перитонитъ	531
f) „ тромбофлебитъ тазовыхъ венъ. — Phlegmasia alba. — Pyaemia. — Septicaemia	534

## ОТДѢЛЪ СЕДЬМОЙ.

### Общая гинекологическая діагностика.

<b>Глава XXVI. Общая симптоматологія женскихъ болѣзней.</b>	538
Меноррагіи и метроррагіи	—
Аменоррея	539
Викарные менструаціи	—
Дисменоррея	—
Лихорадка во время мѣсячныхъ	541
Безплодіе	542
Симптомы со стороны пузыря и кишечника	545
Кожныя пораженія	546
Мѣстныя боли внѣ мѣсячныхъ	—
Разстройства нервной системы	547
<b>Глава XXVII. Методы гинекологической діагностики</b>	553
I. Клиническое изслѣдованіе	—
Осмотръ живота и наружныхъ половыхъ частей	554
Бимануальное изслѣдованіе черезъ рукавъ	—
Изслѣдованіе чрезъ прямую кишку	555
Изслѣдованіе зондомъ	558
Зондированіе пузыря	559
Измѣреніе	560
Изслѣдованіе подъ наркозомъ	—
Перкуссия живота	561
Изслѣдованіе по способу Schultze	563
Расширеніе полости матки	565
Графическое изображеніе результатовъ изслѣдованія	568
Осмотръ при помощи зеркалъ	—
II. Гистологическое и бактериологическое изслѣдованіе	571
A. Изслѣдованіе объектовъ, полученныхъ до гинекологическаго вмѣшательства	—
B. Изслѣдованіе объектовъ, полученныхъ путемъ пробнаго выскабливанія, пробной эксцизии и пробной пункции	572
C. Изслѣдованіе объектовъ, полученныхъ при гинекологическихъ операціяхъ, во время самой операціи	574

	Стр.
D. Изслѣдованіе удаленныхъ оперативнымъ путемъ частей послѣ операций . . . . .	575
E. Бактеріологическая секція . . . . .	—

## ОТДѢЛЪ ВОСЬМОЙ.

### Общая гинекологическая терапия.

<b>Глава XXXVIII. Антисептика и асептика . . . . .</b>	<b>577</b>
Понятіе объ антисептикѣ и асептикѣ . . . . .	—
I. Обеззараживаніе рукъ . . . . .	578
II.         "    операционнаго поля . . . . .	581
III. Обезпложиваніе инструментовъ . . . . .	583
IV.         "    перевязочнаго матеріала и матеріала для швовъ . . . . .	584
V. Защита отъ зараженія черезъ пыль (воздухъ) . . . . .	585
<b>Глава XXXIX. Общая гинекологическо-терапевтическая методика . . . . .</b>	<b>588</b>
I. Гинекологическая акиургія . . . . .	—
Обезболиваніе кокаиномъ . . . . .	—
Хлороформированіе и этеризація . . . . .	—
Спинно-мозговая анестезія . . . . .	591
Техника влагаліщныхъ операций . . . . .	593
Лапаротомія . . . . .	596
Подготовка больныхъ къ ней . . . . .	—
Разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ . . . . .	—
Trendelenburg'овское положеніе . . . . .	599
Остановка кровотеченія . . . . .	600
Дренажъ при лапаротоміяхъ . . . . .	602
Зашиваніе брюшной раны . . . . .	611
Повязка . . . . .	612
Кольпотомія . . . . .	613
Послѣдовательное леченіе послѣ чревосѣченій . . . . .	614
Выборъ времени для чревосѣченій . . . . .	615
II. Гинекологическій массажъ . . . . .	—
Его техника . . . . .	—
Показанія . . . . .	616
III. Гинекологическая электротерапія . . . . .	618
Предметный указатель . . . . .	620

## ОТДѢЛЪ ПЕРВЫЙ.

### Анатомія, развитіе и пороки развитія женскихъ половыхъ органовъ.

#### Глава I.

#### Анатомія женскихъ половыхъ органовъ.

Bernhard'a Krönig'a.

#### 1. Матка.

Матка занимаетъ центральное положеніе между тазовыми органами женщины и представляетъ собою имѣющій въ длину около 8 сант., приблизительно грушеобразный, сплюснутый спереди назадъ органъ. Органъ этотъ дѣлится на верхній отрѣзокъ, маточное тѣло (*corpus uteri*), и нижній — шейку (*cervix uteri*), граница между которыми отчетливо опредѣляется какъ простымъ глазомъ, такъ и микроскопически. Снаружи граница эта обозначается неглубокою перетяжкой; гораздо отчетливѣе узнается она на вскрытомъ органѣ, такъ какъ въ области ея, или во внутреннемъ маточномъ зѣвѣ, находится самое узкое мѣсто маточной полости, здѣсь треугольная полость маточнаго тѣла переходитъ въ узкій просвѣтъ шейки, наконецъ, здѣсь болѣе или менѣе гладкая слизистая оболочка тѣла матки отграничивается отъ складокъ цервикальной мукозы, которыя на подобіе реберчатаго листа располагаются на передней и задней стѣнкахъ шеечнаго канала. Микроскопически въ области внутреннего маточнаго зѣва низко-цилиндрической мерцательный эпителий слизистой оболочки тѣла смѣняется болѣе высокими, тонкими, къ основанію суживающимися клѣтками мерцательнаго эпителия шейки.

Брюшина одѣваетъ переднюю и заднюю стѣнки маточнаго тѣла, а равно и заднюю стѣнку шейки, тогда какъ передняя остается свободною отъ нея: съ передней стѣнки тѣла матки брюшинный покровъ, въ области внутреннего зѣва, переходитъ прямо на пузырь, образуя между этимъ послѣднимъ и маткою углубленіе — *excavatio vesico-uterina*; сзади же брюшина опускается глубоко внизъ на заднюю стѣнку рукава, чтобы затѣмъ отсюда повернуть на прямую кишку и стѣнку таза, образовавъ и здѣсь углубленіе — *excavatio recto-uterina*. По бокамъ матки брюшина, въ формѣ дубликатуры (*lig. latum*), переходитъ на придатки и заключаетъ въ себѣ соединительнотканнные пучки, идущіе къ боковымъ ребрамъ матки, а также со-

суды и нервы. Тѣ части матки, которыя лишены брюшиннаго покрова, располагаются, — кромѣ свободно вдающейся въ рукавъ влагалищной части, — въ рыхлой тазовой кѣтчаткѣ; отдѣлы послѣдней, прилежащія къ надвлагалищной части шейки и боковымъ краямъ матки, извѣстны подъ названіемъ параметривъ.

Отношенія матки къ брюшинѣ имѣютъ клиническое значеніе постольку, поскольку ими объясняются топографическія отношенія нѣкоторыхъ маточныхъ опухолей. Опухоли, развивающіяся въ боковыхъ ребрахъ матки, оттѣсняютъ листки широкой связки и проникаютъ между ними, т. е. развиваются межсвязочно. Если, далѣе, опухоль исходитъ изъ нижней части передней стѣнки маточнаго тѣла, то она можетъ рости подбрюшинно въ рыхлой кѣтчаткѣ и непосредственно достигнуть задней стѣнки пузыря, т. е. можетъ развиваться ретровезикально. Расположеніе брюшиннаго покрова матки имѣетъ значеніе и для техники оперативнаго удаленія этого органа, такъ какъ сзади мы можемъ отдѣлить шейку, безъ боязни повредить сосѣдній органъ, черезъ разрѣзъ въ области задней стѣнки рукава, ибо здѣсь брюшина переходитъ нѣсколько на задній сводъ; напротивъ, спереди необходимо сначала тщательно отдѣлить пузырь отъ шейки, чтобы послѣдняя могла быть выдѣлена изъ окружающихъ частей.

Главная масса маточныхъ стѣнокъ, собственно паренхима матки, состоитъ изъ гладкой мускулатуры, расположенной безъ всякаго порядка<sup>1)</sup> и пронизанной многочисленными пучками соединительной ткани<sup>2)</sup>. Это — такъ наз. міометрій.

Мощная мускулатура его сообщаетъ маткѣ способность изгонять, въ концѣ беременности, продукты послѣдней.

Кнутри отъ міометрія лежитъ эндометрій или слизистая оболочка матки. Главная масса его состоитъ изъ богатой круглыми и веретенчатыми кѣтками ткани (цитогенная или лимфаденоидная соединительная ткань). Ткань эта несетъ на себѣ покровный эпителий и заклю-

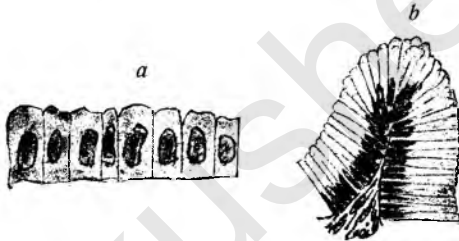


Рис. 1. а — Эпителий тѣла матки, б — эпителий шейки (мерцательныя рѣснички не нарисованы).

чаетъ въ своей толщѣ железы, а равно поверхностные сосуды и нервы.

Покровный эпителий слизистой оболочки тѣла матки состоитъ изъ одного слоя низкихъ цилиндрическихъ кѣтокъ. Ядра

1) Изучая расположеніе маточной мускулатуры на маткахъ зародышей, легко убѣдиться, что она состоитъ изъ трехъ основныхъ слоевъ — наружнаго продольнаго, средняго циркулярнаго и внутренняго продольнаго. Слои эти въ различныхъ частяхъ матки развиты неодинаково; такъ, въ тѣлѣ матки относительно сильно развиты циркулярные пучки, въ шейкѣ же — продольные. В. Г.

2) Пучковъ этихъ въ шейкѣ относительно гораздо больше, чѣмъ въ тѣлѣ матки. Особенно влагалищная часть шейки преимущественно имѣетъ соединительнотканную структуру. Кромѣ того, соединительной ткани въ маткѣ тѣмъ больше, чѣмъ женщина ближе къ климактерію. В. Г.

послѣднихъ лежатъ въ срединѣ клѣтокъ. Въ возрастѣ половой зрѣлости клѣтки эти бываютъ снабжены рѣсничками, которыя мерцаютъ по направленію къ рукаву. Отъ поверхности слизистой оболочки идутъ вглубь ея трубчатыя железы, которыя представляются лишь слегка извилистыми, а въ области дна — завернутыми въ клубокъ. Эпителій этихъ железъ вполне похожъ на покровный эпителий; подобно послѣднему, онъ также является, въ возрастѣ половой зрѣлости, мерцательнымъ. Строеніе железъ нерѣдко испытываетъ измѣненія во время менструаціи: железы становятся болѣе извилистыми и отчасти колбовидно расширяются на концахъ. Слизистая оболочка шейки, продуцирующая вязкій секретъ, который постоянно находится въ цервикальномъ каналѣ, отличается отъ мукозы тѣла преимущественно своими железами. Послѣднія по своему строенію принадлежатъ частію къ простымъ или сложнымъ трубчатымъ железамъ, частію къ ацинознымъ. Эпителій, выстилающій эти железы, равно какъ и поверхность цервикальной мукозы, въ противоположность эпителию тѣла, отличается высотой своихъ клѣтокъ и базальнымъ расположеніемъ ядеръ. И онъ несетъ на себѣ мерцательныя рѣснички.



Рис. 2. Слизистая оболочка маточнаго тѣла.

Снабженіе матки артеріальной кровью совершается главнымъ образомъ черезъ посредство маточной артеріи (а. uterina), а также черезъ посредство а. ovarica<sup>1)</sup>. Art. uterina отходитъ, съ той и другой стороны, у боковой стѣнки таза отъ art. hypogastrica, направляется по параметрію къ боковому ребру матки и отдаетъ здѣсь вѣтви внизъ, къ влагалищной части и рукаву, — ramus cervico-vaginalis, тогда какъ главный стволъ ея поднимается вверхъ, по ребру матки, къ дну послѣдней. На своемъ пути по параметрію маточная артерія перекрещивается съ мочеточникомъ. Въ мѣстѣ перекреста артерія, ранѣ лежавшая сбоку отъ мочеточника, изгибается въ медиальномъ направленіи къ маткѣ, тогда какъ мочеточникъ продолжаетъ идти впередъ, къ пузырю. Къ маткѣ uterina идетъ поверхъ<sup>2)</sup> мочеточника. Мѣсто перекреста лежитъ съ той и другой стороны, приблизительно въ 3 сант. отъ ребра матки, на высотѣ port. vaginalis. Эта близость мочеточника къ краю матки объясняетъ намъ, почему, при недостаточной осторожности, экстирпація матки легко сопровождается поврежденіями мочеточника, а также — почему, при межсвязочномъ развитіи маточныхъ опухолей, мочеточникъ легко сдавливается ими.

Въ мѣстѣ отхожденія отъ матки собственной яичниковой сѣязки (lig. ovarii proprium) главный стволъ маточной артеріи дѣлится обычно на 2 вѣтви — трубную (ramus tubarius), которая пробѣгаетъ вдоль Фаллопиевой трубы, и яичниковую (ramus ovaricus), которая идетъ къ яичнику и анастомозируетъ съ art. ovarica. Послѣдняя отходитъ отъ аорты или почечной артеріи<sup>3)</sup>, спускается въ малый тазъ,

1) Болѣе извѣстна подъ названіемъ внутренней сѣмянной артеріи (art. spermatica interna). В. Г.

2) Какъ я убѣдился при выполненіи операціи Wertheim'a, иногда а. uterina идетъ къ маткѣ и подъ мочеточникомъ. В. Г.

3) Art. ovarica dextra чаще отходитъ отъ аорты, art. ovarica sinistra — отъ a. renalis. В. Г.

вмѣстѣ съ мочеточникомъ, сбоку отъ позвоночнаго столба, и направляется къ яичнику по lig. infundibulo-pelvicum.

Лимфатическіе сосуды матки, идущіе изъ слизистой оболочки и muscularis, несутъ лимфу въ лимфатическія железы, расположенныя у боковой стѣнки таза вдоль маточной артеріи и вплоть до раздѣленія внутренней и наружной подвздошныхъ артерій<sup>1)</sup>. Тонкій лимфатическій сосудъ идетъ, кромѣ того, отъ матки по круглой связкѣ къ паховымъ железамъ. Знаніе расположенія лимфатическихъ железъ важно для пониманія того, гдѣ получаютъ раковые метастазы при ракѣ матки.

При нормальныхъ условіяхъ матка обладаетъ большою подвижностью, которая особенно свойственна тѣлу этого органа, въ меньшей степени — его шейкѣ. Эта подвижность тѣла матки является тѣмъ болѣе необходимымъ, что оно имѣетъ свою задачу воспринимать оплодотворенное яйцо и носить ребенка вплоть до его созрѣванія, а послѣднее мыслимо лишь при широкой возможности для матки измѣнять свою форму и положеніе.

Типичное положеніе матки — *anteversio-flexio*. Всѣ органы, находящіеся въ связи съ маткой, способствуютъ такому ея положенію — рукавъ, мышечное дно таза, главнымъ образомъ состоящее изъ пучковъ *m. levatoris ani*, параметральная клѣтчатка, тазовая брюшина, широкія, круглыя и маточно-крестцовыя связки, наконецъ, вступающіе въ матку сосуды и нервы. Насколько органы эти бываютъ въ состояніи удерживать матку въ ея физиологическомъ положеніи, насколько, далѣе, они могутъ вызвать измѣненіе положенія матки, ея смѣщеніе, — о томъ будетъ сказано ниже, въ главѣ объ аномаліяхъ положенія матки.

## 2. Фаллопьевы трубы.

Фаллопьевы трубы представляютъ собою парный органъ, идущій отъ угловъ матки по направленію къ боковымъ стѣнкамъ таза, къ тому мѣсту, гдѣ лежатъ яичники. Органъ этотъ развивается изъ верхнихъ или проксимальныхъ отдѣловъ Müller'овыхъ ходовъ, тогда какъ нижніе или дистальные, сливаясь, образуютъ матку<sup>2)</sup>. Вслѣдствіе этого просвѣты трубъ непосредственно переходятъ въ полость матки, причемъ трубныя устья находятся въ боковыхъ углахъ того треугольника, который представляетъ собою маточная полость. Что касается наружной границы между трубами и маткой, то ее легко узнать, такъ какъ въ этомъ мѣстѣ отъ матки отходятъ круглыя связки.

Въ каждой Фаллопьевой трубѣ мы можемъ различать слѣдующіе отдѣлы:

1) мѣсто впаденія трубнаго канала въ маточную полость — *ostium uterinum*;

2) тотъ отдѣлъ, гдѣ каналъ трубы лежитъ въ толщѣ маточ-

1) Въ подвздошныя железы (*gl. iliacaе*), лежащія вдоль *vasa iliaca*, впадаютъ лимфатическіе сосуды лишь маточной шейки и верхнихъ двухъ третей рукава; лимфатическіе же сосуды тѣла матки впадаютъ въ поясничныя железы (*gl. lumbales*), лежащія на позвоночникѣ, около мѣста раздвоенія аорты и нижней полой вены. В. Г.

2) И рукавъ. В. Г.



ной стѣнки, — *pars intramuralis*; хотя въ этомъ отдѣлѣ труба и залегаетъ въ мускулатурѣ матки, однако на поперечныхъ срѣзахъ стѣнку ея можно уже простымъ глазомъ отчетливо отличить отъ этой послѣдней; въ *pars intramuralis* просвѣтъ трубы отличается наибольшею узкостью, — здѣсь черезъ него едва можно провести щетинку;

3) межсвязочную часть — *pars intraligamentaria*; выйдя изъ маточной стѣнки, труба расширяется и залегаетъ между двумя листками широкой связки; данный отрѣзокъ ея — наиболѣе длинный, причемъ труба имѣетъ здѣсь прямое направленіе, лишь съ немногими извилинами; листки широкой связки образуютъ въ этомъ отрѣзкѣ брюшинный покровъ трубы;

4) внутрибрюшинную часть, *pars intra abdominalis*; по соудству съ яичникомъ труба расширяется въ открытую воронку; слизистая оболочка ея выпячивается черезъ отверстіе послѣдней и оказывается лежащею въ брюшной полости свободно, т. е. не будучи покрытою брюшиной. Разбираемая часть трубы отличается сильною складчатостью своей мукозы; между тѣмъ какъ въ *pars intramuralis* слизистая оболочка представляетъ едва выраженные складки, въ межсвязочной части складки слизистой оболочки становятся болѣе многочисленными и болѣе высокими, во внутрибрюшинной же части онѣ переходятъ въ бахромчатые образования съ какъ-бы выгрызенными краями (*morsus diaboli*). Изъ этихъ бахромокъ одна особенно выдается своею длиною и тѣмъ, что она простирается вдоль свободного края широкой связки до яичника. Бахромка эта выдѣляется изъ остальныхъ подъ названіемъ *fimbria ovarica*; будучи покрыта мерцательнымъ эпителиемъ и желобкообразно углублена, она, по всей вѣроятности, играетъ посредствующую роль въ переходѣ яйца изъ яичника въ трубу<sup>1)</sup>.

Въ трубной стѣнкѣ мы можемъ различать: слизистую оболочку (*tunica mucosa*), мышечный слой (*tunica muscularis*) и брюшинный покровъ, образуемый листками широкой связки.

Слизистая оболочка трубы существенно отличается отъ слизистой оболочки матки тѣмъ, что не имѣетъ железъ; сходство же ея съ мукозой матки заключается главнымъ образомъ въ томъ, что

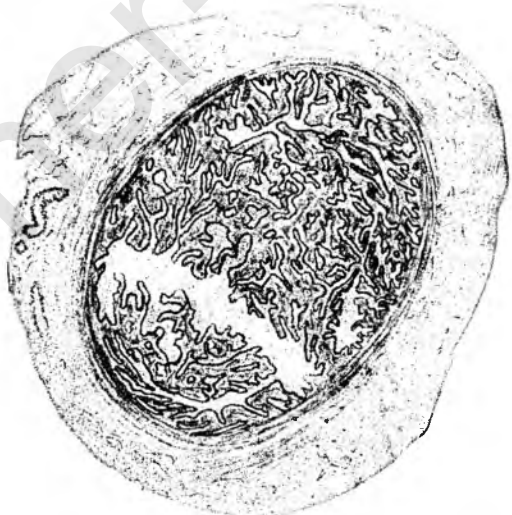


Рис. 3. Поперечный разрѣзъ черезъ межсвязочную часть трубы. Складки слизистой оболочки.

1) Взглядъ этотъ въ настоящее время является уже устарѣлымъ. В. Г.

она также покрыта однослойнымъ цилиндрическимъ мерцательнымъ эпителиемъ, рѣснички котораго мерцаютъ по направленію къ маткѣ. Трубный эпителий — высокій цилиндрической. Подъ эпителиальнымъ слоемъ находится рыхлая, состоящая изъ круглыхъ и веретенообразныхъ клѣтокъ, строма, которая располагается такъ, что образуетъ многочисленныя, параллельныя длиннику трубы складки, особенно выраженные, какъ уже было упомянуто выше, въ абдоминальномъ концѣ трубы. Складки эти даютъ на поперечномъ разрѣзѣ трубы крайне характерную картину, которая, по *Wahldeyer*'у, больше всего похожа на картину «древа жизни» въ маломъ мозгу.

*Tunica muscularis* трубы состоитъ изъ гладкихъ мышцъ, расположенныхъ въ 2 слоя<sup>1)</sup>: въ наружномъ, слабѣ развитомъ, мышечные пучки идутъ въ продольномъ направленіи (*stratum longitudinale*), во внутреннемъ, болѣе мощномъ — въ циркулярномъ (*stratum circulare*).

Снабженіе трубы артеріальной кровью производится чрезъ посредство конечной вѣтви *a. uterinae* (*ramus tubarius a. uterinae*) и конечной же вѣтви *a. ovaricae* (*ramus tubarius a. ovaricae*).

Вены трубы идутъ вмѣстѣ съ артеріями и несутъ кровь въ *v. uterina* и *v. ovarica*.

Лимфатическіе сосуды собираются въ сосудистую сѣть, расположенную въ области яичниковыхъ воротъ, откуда, вмѣстѣ съ лимфатическими сосудами яичника, направляются между листками *lig. suspensorii ovarii* къ поясничнымъ железамъ (*glandulae lumbales*).

Нервы трубы, подобно нервамъ матки, происходятъ изъ симпатическаго сплетенія.

### 3. Яичники.

Яичники зрѣлой въ половомъ отношеніи женщины имѣютъ форму миндаля. Величина ихъ физиологически колеблется съ возрастомъ женщины, причѣмъ ко времени полового созрѣванія послѣдней представляется наибольшею, съ наступленіемъ же климактерія яичники сморщиваются настолько, что дѣлаются едва замѣтными. Въ среднемъ длина ихъ равняется 2,5—5 сант., ширина — 1,5—3 сант., толщина — 0,6—1,5 сант.

Яичники лежатъ у боковыхъ стѣнокъ таза, вблизи мѣста перекрещиванія матки съ большими сосудами таза, немного ниже *linea terminalis*. Въ этомъ положеніи каждый яичникъ удерживается прежде всего мезоваріемъ, дубликатурою широкой связки, далѣе — подвѣшивающею связкою яичника (*lig. suspensorium ovarii*) и, наконецъ, собственною яичниковою связкою (*lig. ovarii proprium*). Къ мезоварію яичникъ прикрѣпляется своею проксимальною поверхностью, *lig. suspensorium ovarii* соединяетъ боковой полюсъ яичника со стѣнкою таза, а *lig. ovarii proprium* — медиальный полюсъ съ угломъ матки. Благодаря всѣмъ этимъ связкамъ, яичникъ является настолько ограниченнымъ въ своей подвиж-

1) Помимо этихъ двухъ слоевъ, въ стѣнкѣ трубы имѣется еще третій — внутренній продольный слой. Слой этотъ, представляющій собою непосредственное продолженіе внутренняго продольнаго слоя матки, является сплошнымъ лишь въ маточной половинѣ трубы, въ брюшной же онъ дѣлится на нѣсколько отдѣльных мышечныхъ пучковъ, заложенныхъ въ основаніи главныхъ складокъ трубной мукозы. В. Г.

ности<sup>1)</sup>, что при различныхъ положеніяхъ тѣла почти вполнѣ сохраняетъ свое мѣсто. Правда, во время беременности онъ смѣщается, но это смѣщеніе происходитъ лишь въ очень узкихъ предѣлахъ, ибо *lig. suspensorium ovarii* даже при растущей маткѣ прочно держитъ яичникъ у боковой стѣнки таза, такъ что даже въ послѣдніе мѣсяцы беременности яичникъ оказывается находящимся лишь немного выше тазоваго входа.

У дѣвочекъ, не достигшихъ половой зрѣлости, яичникъ представляетъ почти совершенно ровную поверхность, лишь въ отдѣльныхъ мѣстахъ слегка выпячивающуюся подъ напоромъ со стороны заложенныхъ подъ нею фолликуловъ. Впослѣдствіи поверхность этого органа, благодаря процессамъ созрѣванія и лопанія фолликуловъ, обуславливающимъ возникновеніе многочисленныхъ рубцовыхъ втягиваній, дѣлается весьма неровною. Соотвѣтственно отношенію яичника къ обоимъ листкамъ широкой связки, *hilus* яичника является покрытымъ брюшиною. Послѣдняя, однако, оканчивается не-



Рис. 4.

Рис. 4. Яичникъ съ желтымъ тѣломъ въ возрастѣ половой зрѣлости.

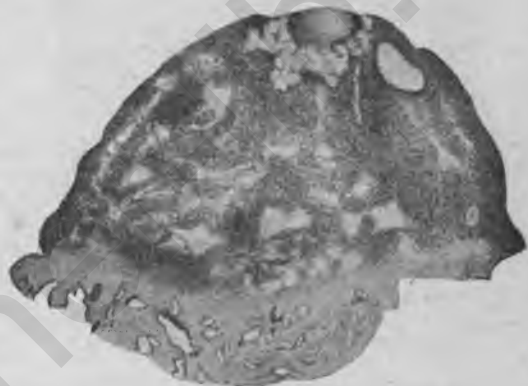


Рис. 5.

Рис. 5. Разрѣзъ черезъ яичникъ зрѣлой въ половомъ отношеніи женщины, съ корковымъ и мозговымъ слоями, Graafовымъ пузырькомъ и желтымъ тѣломъ.

вдалекѣ отъ *hilus*'а нѣсколько зазубренною линіей, пробѣгающей по передней и задней поверхности яичника параллельно его длинной оси. Такимъ образомъ большая часть яичника является лишенною перитонеальнаго покрова, — эта большая часть яичника свободно, будучи покрыта лишь зародышевымъ эпителиемъ, вдается въ брюшную полость. Указанный фактъ, какъ мы увидимъ, имѣетъ особенное значеніе для пониманія топографіи яичниковыхъ опухолей.

Если мы разрѣжемъ яичникъ, то уже макроскопически будемъ въ состояніи отличить болѣе широкій корковый слой отъ бо-

1) Тѣмъ не менѣе яичникъ все-таки принадлежитъ къ числу относительно легко смѣщаемыхъ органовъ; достаточно небольшого увеличенія его вѣса, — подъ вліяніемъ, напр., воспаления или новообразованія, — чтобы онъ отвисъ по направлению къ дну задняго Douglas'ова кармана. В. Г.

лѣе узкаго мозгового. Мозговой слой содержитъ больше сосудовъ и нервовъ, между тѣмъ какъ корковый (*zona parenchymatosa*) содержитъ въ плотной соединительнотканной стромѣ важные для функцій яичника элементы, т. наз. фолликулы.

Въ отношеніи фолликуловъ паренхима яичниковъ является неодинаковою у новорожденной дѣвочки, зрѣлой въ половомъ отношеніи женщины и старухи. У новорожденной широкой поясъ паренхимы является наполненнымъ т. наз. примордіальными фолликулами, которыхъ, по вычисленію Непле, содержится здѣсь приблизительно около 40.000<sup>1)</sup>. Каждый примордіальный фолликулъ состоитъ изъ одной большой клѣтки, примордіальнаго яйца, которое, окружено однимъ слоемъ низкаго эпителия. Все это образование ложится въ небольшой круглой полости въ яичниковой стромѣ. Помимо т. наз. покоящихся фолликуловъ, подъ зародышевымъ эпителиемъ у новорожденныхъ дѣвочекъ лежитъ еще извѣстное количество эпителиальныхъ образований — т. наз. яйцевыхъ шаровъ и яйцевыхъ трубокъ.

Во время полового созрѣванія женщины корковый слой яичника дѣлается значительно шире, благодаря тѣмъ измѣненіемъ первичныхъ фолликуловъ, которыя

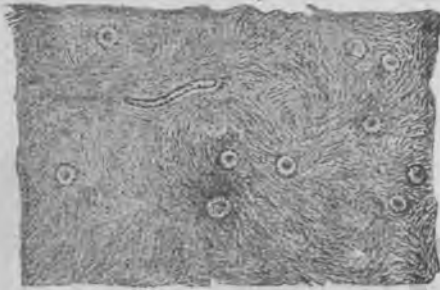


Рис. 6. Разрѣзъ черезъ яичникъ новорожденной дѣвочки. Зародышевый эпителий и примордіальные фолликулы съ яйцами.

мы называемъ ихъ созрѣваніемъ, между тѣмъ какъ названныя выше эпителиальныя образования исчезаютъ. Созрѣваніе фолликуловъ совершается такимъ образомъ, что эпителий, окружающій въ первичномъ фолликулѣ яйцо, дѣлается многослойнымъ<sup>2)</sup>, затѣмъ въ болѣе или менѣе центральномъ мѣстѣ скопленія этого эпителия образуется пустота, увеличивающаяся благодаря скопленію въ ней жидкости (*liquor folliculi*). Въ результатѣ растушій фолликулъ превращается въ т. наз. *Graaf*овъ пузырькъ. Въ послѣднемъ яйцѣ остается все-таки окруженнымъ нѣсколькими слоями кубическаго эпителия, — такъ называемымъ *сistulus proligerus*,

который у человѣка всегда занимаетъ обращенную къ *hilus*'у яичника часть фолликулярной стѣнки. Въ то время, какъ первичный фолликулъ, далѣе, является заложеннымъ въ стромѣ яичника безъ особой соединительнотканной оболочки, при созрѣваніи вокругъ *Graaf*ова фолликула постепенно образуется концентрическое наслаеженіе соединительной ткани такъ, что мы въ состояніи бываемъ различать — наружный, бѣдный сосудами слой, т. наз. *tunica externa*, и внутренней, пронизанный многочисленными капиллярами, — *tunica interna*<sup>3)</sup>.

Превращеніемъ первичнаго фолликула въ *Graaf*овъ пузырекъ, однако,

1) *Sarpey* опредѣляетъ число первичныхъ фолликуловъ у 3-лѣтней дѣвочки въ 400.000. По *Neple*, у дѣвушки 18 лѣтъ число это уменьшается до 18.000. В. Г.

2) Размножившійся фолликулярный эпителий обычно извѣстенъ подъ названіемъ зернистой оболочки фолликула — *membrana granulosa*. В. Г.

3) Кромѣ фолликулярнаго эпителия и окружающей фолликулъ соединительной ткани, при созрѣваніи фолликула измѣняется и главная его составная часть — яйцо. Вокругъ него образуется капсула, при маломъ увеличеніи представляющаяся безструктурною, при большемъ же обнаруживающая радіальную исчерченность — т. наз. *zona pellucida*. Протоплазма яйцевой клѣтки, сначала однородная, дѣлится на расположенную центрально, крупнозернистую дейтоплазму и расположенную болѣе периферически, мелкозернистую собственно-протоплазму. Передъ полною зрѣлостью яйца, между *zona pellucida* и протоплазмой образуется т. наз. околожелтковая щель, въ которую выходятъ образовавшіяся изъ яйцевого ядра полярныя или направительныя тѣльца. В. Г.

процессъ не заканчивается; за созрѣваніемъ фолликула слѣдуетъ лопанье его, происходящее такимъ образомъ, что въ томъ тѣстѣ, гдѣ Graafовъ пузырекъ выпячиваетъ поверхность яичника, соединительнотканная его оболочка, благодаря давленію со стороны все болѣе и болѣе увеличивающагося количества фолликулярной жидкости, постепенно становится все тоньше и тоньше; одновременно фолликулярный эпителий и эпителий зародышеваго холмика подвергаются жировому перерожденію; наконецъ, истонченное мѣсто разрывается, и фолликулярная жидкость выливается наружу, причѣмъ одновременно происходитъ и отторженіе яйца, которое первоначально остается окруженнымъ многослойнымъ кубическимъ эпителиемъ *cumuli proligeri*<sup>1)</sup>.

Будучи увлекаемо потокомъ фолликулярной жидкости, способное къ оплодотворенію яйцо попадаетъ въ брюшную полость, а отсюда, благодаря мерцанію рѣсничекъ эпителия трубныхъ бахромокъ, — въ воронку трубы. Самъ Graafовъ фолликулъ, послѣ изгнанія яйца и наполненія фолликулярной полости кровью, складчато спадается, послѣ чего фолликулярный эпителий погибаетъ, а соединительнотканная кѣтки thecae folliculi принимаютъ эпителиоидный характеръ, при одновременномъ появленіи въ нихъ желтаго пигмента<sup>2)</sup>. Эти т. наз. лютеиновыя кѣтки располагаются въ видѣ многослойной оболочки вокругъ наполненной кровью фолликулярной полости. Благодаря замѣтной уже для невооруженнаго глаза окраскѣ кѣтокъ, лопнувшій Graafовъ пузырекъ получаетъ названіе желтаго тѣла (*corpus luteum*). Приблизительно по истеченіи мѣсяца и лютеиновыя кѣтки погибаютъ и превращаются въ галиновую массу, которая, послѣ расщепленія крови, окружается рубцово сморщивающимися соединительнотканными пучками, такъ что образуется имѣющее характерныя волнистыя очертанія тѣло — *corpus albicans*. *Corpora albicantia* обладаютъ большою стойкостью. Поэтому, такъ какъ въ періодъ половой зрѣлости женщины большая часть первичныхъ фолликуловъ погибаетъ, не созрѣвая, — просто путемъ артези, и лишь меньшая часть, послѣ созрѣванія и лопанія, превращается въ *corpora albicantia*, то въ сморщенномъ яичникѣ климактерической женщины мы уже не встрѣчаемъ фолликуловъ, а только эти послѣднія; они-то и придаютъ яичнику старухи видъ, столь рѣзко отличающийся отъ яичника женщины, находящейся въ расцвѣтѣ половой зрѣлости.

Если вышедшее изъ лопнушаго Graafова пузырька яйцо, благодаря копуляци съ сѣмянною нитью мужского индивидуума, оплодотворяется, то образование лютеиновыхъ кѣтокъ бываетъ, съ одной стороны, выражено гораздо рѣзче, а съ другой — кѣтки эти обладаютъ болѣею стойкостью. Вслѣдствіе этого *corpus luteum graviditatis*<sup>3)</sup> является не только болѣе объемистымъ, чѣмъ *corpus luteum menstruationis*<sup>4)</sup>, но оно, кромѣ того, болѣе или менѣе сохраняетъ этотъ объемъ свой въ теченіе всей беременности.

Артеріальныя сосуды челоѣческаго яичника происходятъ главнымъ образомъ изъ а. ovarica, затѣмъ — изъ вѣтвей маточной артеріи. Arteria ovarica, отходя отъ аорты или почечной артеріи, отъ боковой стѣнки таза пробѣгаетъ къ яичнику между двумя листками широкой связки. Arteria uterina посылаетъ вѣтвь къ медиальному полюсу яичника черезъ собственную яичниковую связку. Оба сосуда вступаютъ въ ворота яичника и соединяются между собою чрезъ посредство многочисленныхъ анастомозовъ.

Отводящія изъ яичника кровь вены сначала соединяются въ *plexus pampiniformis*, откуда кровь изливается частью въ *venae ovaricae*, частью въ *vv. uterinae*.

Лимфатическіе сосуды яичка проходятъ вмѣстѣ съ кровеносными и направляются къ ретроперитонеально расположеннымъ мезентеріальнымъ и почечнымъ железамъ.

Нервы яичника принадлежатъ къ симпатическимъ и происходятъ изъ

1) Прилегающія къ яйцу кѣтки *cumuli proligeri* располагаются вокругъ него радіально, образуя т. наз. лучистый вѣнецъ (*corona radiata*). В. Г.

2) Пигментъ этотъ, въ отличіе отъ большинства другихъ пигментовъ, встречающихся въ челоѣческомъ тѣлѣ, не содержитъ желѣза; по химической натурѣ онъ относится къ т. наз. липоидамъ. В. Г.

3) Иначе оно называется истиннымъ желтымъ тѣломъ (*corpus luteum verum*). В. Г.

4) Иначе оно называется ложнымъ желтымъ тѣломъ (*corpus luteum spurium*). В. Г.

plexus renalis и plexus aorticus abdominalis. Отъ этихъ объемистыхъ ганглиозныхъ сплетеній толстые нервныя стволы идутъ, въ сопровожденіи сѣмянныхъ сосудовъ, черезъ lig. suspensorium ovarii къ яичнику и образуютъ здѣсь вмѣстѣ съ отходящей отъ маточныхъ нервовъ вѣтвью т. наз. ganglion ovaricum. Яичниковыя нервы развѣтвляються въ мозговомъ слое органа и здѣсь дѣлятся на тончайшія вѣточки, которыя, по изслѣдованіемъ Heriffa и его учениковъ, доходятъ до самыхъ первичныхъ фолликуловъ.

#### 4. Придатокъ яичника (parovarium).

Если трубу и яичникъ возможно дальше оттянуть другъ отъ друга и разсматривать натянутую такимъ образомъ широкою связку при проходящемъ свѣтѣ, то можно бываетъ различить въ ней систему почти параллельно одинъ къ другому пробѣгающихъ сѣроватыхъ тяжей, которые отъ воротъ яичника косвенно направляются къ трубѣ, но, прежде чѣмъ достигъ послѣдней, подъ прямымъ угломъ впадаютъ въ болѣе толстый тяжъ, на значительномъ протяженіи идущій параллельно трубѣ. Эти пароваріальные тяжи представляютъ собою цилиндрическія, выстланныя мерцательнымъ эпителиемъ трубки, въ довольно толстой стѣнкѣ которыхъ зачастую можно бываетъ открыть кольцевидную мускулатуру. Весь комплексъ трубокъ, заложенныхъ между листками широкой связки, извѣстенъ подъ названіемъ пароварія, или эпоофорона, или придатка яичника. Органъ этотъ эмбриологически долженъ быть разсматриваемъ, какъ остатокъ Wolff'ова тѣла, аналогичный придатку яичка у мужчины. Такимъ образомъ у женщины Wolff'ово тѣло въ концѣ концовъ превращается въ лишенный функциональнаго значенія, хотя всегда имѣющійся налицо органъ, между тѣмъ какъ у мужчины изъ него образуется органъ весьма важный въ функциональномъ отношеніи.

Какъ уже сказано выше, пароварій всегда имѣется налицо у женщины; напротивъ, другой остатокъ Wolff'ова тѣла, paroophoron или органъ Giraldès'a, происходящій изъ т. наз. первичнопочечной части Wolff'ова тѣла, встрѣчается непостоянно и въ рудиментарномъ видѣ.

Иногда въ половыхъ частяхъ взрослой женщины можно бываетъ на извѣстномъ протяженіи прослѣдить и выводной протокъ Wolff'ова тѣла, Wolff'овъ ходъ или Gartner'овскій каналъ. Остатки его можно бываетъ прослѣдить между листками широкой связки, въ боковыхъ частяхъ маточной стѣнки, вплоть до рукава.

Перечисленные рудиментарныя органы, происходящіе изъ Wolff'ова тѣла, имѣютъ тотъ интересъ для клинициста, что изъ нихъ могутъ развиваться болѣе или менѣе объемистыя опухоли.

#### 5. Рукавъ.

Отъ матки вплоть до vestibulum vaginae простирается рукавъ, уплощенная спереди назадъ, мышечная трубка. Передняя и задняя стѣнки этой трубки обычно прилежатъ другъ къ другу; а такъ какъ въ срединѣ и передней, и задней стѣнки имѣется по продолгова-

тому возвышенію, то на поперечномъ сръзѣ чрезъ рукавную трубку послѣдняя приобретаетъ форму буквы Н. Кверху рукавъ слѣпо оканчивается т. наз. влагалищнымъ сводомъ (*fornix vaginae*), въ который вставлена, подобно втулкѣ, влагалищная часть матки (*portio vaginalis uteri*). Благодаря присутствію ея, влагалищный сводъ дѣлится на переднюю, заднюю, правую и лѣвую части. Задній сводъ представляется болѣе глубокимъ, чѣмъ передній, такъ какъ, съ одной стороны, задняя стѣнка рукава выше прикрѣпляется къ маткѣ, чѣмъ передняя, а съ другой — *portio vaginalis* направляется спереди и сверху кзади и книзу. У женщинъ въ періодъ половой зрѣлости слизистая оболочка рукава представляетъ спереди и сзади сильно развитыя поперечныя складчатости, которыя особенно рѣзко выражены въ нижнихъ отрѣзкахъ органа. По средней линіи складчатости эти достигаютъ наибольшей высоты, тогда какъ по бокамъ рукава уплощаются. Складки эти, соединяясь, образуютъ спереди и сзади уже упомянутыя выше продолговатыя выпуклости — *columnae rugarum anterior et posterior*.

Толстостѣнная, мускулистая рукавная трубка заложена въ рыхлой кльтчаткѣ, причемъ ея направленіе приблизительно соответствуетъ направленію тазовой оси. Передняя ея стѣнка небольшою частью прилежитъ къ верхушкѣ пузыря, большею же частью — къ *trigonum vesicale*<sup>1)</sup>. При этомъ оба органа, пузырь и рукавъ, отдѣляются другъ отъ друга соединительною тканью, которая между верхушкой пузыря и рукавомъ рыхла, а чѣмъ ближе къ уретрѣ, тѣмъ становится болѣе плотною. Отъ прямой кишки рукавъ отдѣляется болѣе рыхлою кльтчаткой. Между тѣмъ какъ большая часть задней рукавной стѣнки примыкаетъ къ прямой кишкѣ, небольшая часть задняго свода граничитъ съ заднимъ Douglas'овымъ карманомъ.

Рукавная стѣнка состоитъ изъ многослойнаго плоскаго эпителия, подэпителиальной соединительной ткани и тонкаго мышечнаго слоя, состоящаго изъ пучковъ, которые большею частію пробѣгаютъ въ продольномъ направленіи<sup>2)</sup>.

Рукавная трубка снабжается кровью въ верхней своей части чрезъ посредство вѣтви *a. uterinae* — *ramus cervico-vaginalis*, въ средней и нижней третяхъ — изъ *art. haemorrhoidalis media* и *art. pudenda interna*.

Вены образуютъ, особенно на боковыхъ стѣнкахъ рукавной трубки, богатая кровью сплетенія, изъ которыхъ кровь, чрезъ посредство нѣсколькихъ стволовъ, направляется въ *vena hypogastrica*.

Лимфатическіе сосуды образуютъ оплетающую рукавъ сеть, состоящую изъ многочисленныхъ анастомозовъ. Отводящіе лимфу сосуды отчасти направляются къ тазовымъ железамъ<sup>3)</sup>, отчасти соединяются съ лимфатическими путями прямой кишки и впадаютъ въ *gl. anorectales*. Лимфатическіе пути изъ нижнихъ частей рукава отчасти несутъ лимфу къ внутреннимъ паховымъ железамъ<sup>4)</sup>.

1) И уретрѣ. В. Г.

2) Пучки эти интимно связаны съ мускулатурой матки; достигнувъ матки, одни изъ нихъ переходятъ въ субсерозный слой маточной мускулатуры, другіе впадаютъ между циркулярными мышцами матки, третьи обгибаютъ своды и теряются въ ткани *portionis vaginalis*. В. Г.

3) Именно, къ *glandulae iliacaе*. В. Г.

4) Разбирая строение влагалищной трубки, слѣдуетъ помнить, что слизистая оболочка послѣдней не имѣетъ железъ, а только лимфатическіе узелки. В. Г.

## 6. Наружныя половыя части.

Къ наружнымъ половымъ частямъ женщины относятся: лобокъ (*mons pubis*), большія половыя губы<sup>1)</sup>, малыя половыя губы съ находящимся между ними преддверіемъ рукава (*vestibulum vaginae*), клиторъ и двѣственная плева (*hymen*).

Лобкомъ называется сильно выпуклая, благодаря толстой жировой подкладкѣ, часть брюшной стѣнки въ области симфиза.

Большія половыя губы, — двѣ толстыя, богатыя жиромъ кожныхъ складки, — ограничиваютъ половую щель. Кожа, какъ лобка, такъ и большихъ губъ<sup>2)</sup> у женщинъ, находящихся въ періодѣ половой зрѣлости, покрыта волосами. По строенію она сходна съ общимъ покровомъ человѣческаго тѣла, а именно, сверху покрыта многослойнымъ, ороговѣвшимъ плоскимъ эпителиемъ, въ которомъ можно различать нѣсколько пластовъ; въ нижнихъ частяхъ большихъ губъ эпителий этотъ содержитъ значительное количество пигмента, благодаря которому покровъ губъ пріобрѣтаетъ своеобразную темную окраску. Лежащій подъ эпителиемъ *corium* образуетъ, какъ и вообще въ кожѣ, многочисленныя сосочки, волнообразно выпячивающіе предъ собою тонкій эпителиальный слой. Кнутри отъ *corium*'а располагается подкожная клѣтчатка, у женщинъ, находящихся въ расцвѣтѣ половой зрѣлости, очень богатая жиромъ. Многочисленныя сальные железы ацинозной структуры лежатъ въ поверхностныхъ слояхъ *corium*'а и открываются или свободно на поверхности, или тамъ, гдѣ изъ поверхности выходитъ волосъ. Наряду съ сальными железами мы встрѣчаемъ потовыя, трубчатого строенія, съ сильно извитыми устьями, дно которыхъ, зачастую завернутое въ узелъ, достигаетъ самыхъ нижнихъ слоевъ *corium*'а и даже подкожной клѣтчатки.

Большія половыя губы ограничиваютъ, какъ уже было сказано выше, половую или срамную щель. Если мы разведемъ ихъ, то увидимъ малыя половыя губы, отдѣленные отъ большихъ глубокими бороздками. Складки ихъ, въ противоположность большимъ губамъ не покрыты волосами, вверху суживаются и дѣлятся на двѣ ножки, которыя охватываютъ клиторъ, образуя *praeputium clitoridis*<sup>3)</sup>; внизу, по направленію къ промежности, малыя половыя губы постепенно теряются, переходя въ большія губы<sup>4)</sup>.

Поверхность малыхъ губъ, какъ и поверхность большихъ, покрыта многослойнымъ плоскимъ эпителиемъ, который сидитъ на

1) Съ находящимися въ ихъ толщѣ Bartholin'овыми железами. В. Г.

2) Кожа большихъ половыхъ губъ покрыта волосами лишь на наружной поверхности послѣднихъ, внутренняя же поверхность большихъ губъ волосами не покрыта. В. Г.

3) Точнѣе говоря, верхнія ножки малыхъ половыхъ губъ, соединяясь между собою надъ клиторомъ, образуютъ его крайнюю плотъ, нижнія же, соединяясь подъ клиторомъ, образуютъ его уздечку (*frenulum clitoridis*). В. Г.

4) Такъ бываетъ у нѣкоторыхъ женщинъ, у другихъ же малыя половыя губы доходятъ до самой промежности, образуя здѣсь заднюю спайку; въ случаяхъ этого рода большія половыя губы, на границѣ нижней трети со среднею, расходятся другъ отъ друга и постепенно переходятъ въ кожу бедеръ. В. Г.



соединительной ткани, богатой эластическими волокнами. Въ ткани этой расположено много сальныхъ железъ<sup>1)</sup>.

Сзади (внизу) складки большихъ половыхъ губъ соединяются между собою при помощи тонкаго кожного мостика (уздечка, *frenulum*), позади котораго находится небольшой слѣпой карманъ, называемый ладьевидною ямкой (*fossa navicularis*).

Малыя половыя губы ограничиваютъ съ боковъ щелеобразное пространство, преддверіе рукава (*vestibulum vaginae*), которое спереди граничитъ съ клиторомъ. Въ это преддверіе открывается мочеиспускательный протокъ, около котораго съ каждой стороны можно видѣть короткіе, слѣпо оканчивающіеся ходы — *ductus paraurethrales*<sup>2)</sup>. Сзади отъ мочеиспускательнаго протока въ *vestibulum* открывается рукавная трубка, отверстіе которой представляется различнымъ въ зависимости отъ того, сохранилась у женщины, или уничтожена дѣвственная плева.

Если *hymen* у женщины цѣль, то онъ закрываетъ собою большую часть рукавнаго отверстія въ видѣ серпообразной складки. Впрочемъ и при цѣлой дѣвственной плевѣ здѣсь могутъ наблюдаться нѣкоторыя вариации; такъ, иногда и цѣлый гименъ можетъ представлять нѣсколько отверстій (*hymen cribriformis*); дажѣ, и при цѣломъ гименѣ могутъ наблюдаться болѣе или менѣе глубокія зазубрины, которыя могутъ подать поводъ думать о лишеніи дѣвственности. Большою частію, впрочемъ, углубленія при *hymen fimbriatus* можно отличить отъ надрывовъ дѣвственной плевы при половыхъ сношеніяхъ тѣмъ, что первыя не достигаютъ гименальнаго края<sup>2)</sup>. Прорѣзывающаяся при родахъ головка плода причиняетъ, понятно, дѣвственной плевѣ большія поврежденія; при этомъ имѣютъ мѣсто глубокіе надрывы и растяженія гименальнаго кольца, такъ что въ концѣ концовъ отъ дѣвственной плевы остаются лишь небольшія, обособленныя другъ отъ друга, мало выдающіяся надъ поверхностью образованія — *carunculae hymenales*.

Въ задней трети каждой большой губы лежитъ по железѣ сложнаго трубчатаго строенія. Железы эти, имѣющія величину небольшого лѣснаго орѣха и извѣстныя подъ названіемъ *Bartholin'овыхъ*, снабжены выводными протоками, которые открываются на внутренней поверхности большихъ половыхъ губъ справа и слѣва отъ рукавнаго входа. *Bartholin'овы* железы выдѣляютъ лишь небольшое количество похожаго на молоко секрета. Клиническое значеніе ихъ опредѣляется преимущественно тѣмъ, что въ ихъ выводныхъ протокахъ, какъ и въ парауретральныхъ ходахъ, очень долго сохраняются слѣды прежде бывшаго воспалительнаго процесса<sup>3)</sup>.

1) Напротивъ, потовыхъ железъ въ покровѣ малыхъ половыхъ губъ не встрѣчается. В. Г.

2) Кромѣ того, край естественной зазубрины при *hymen fimbriatus* представляется, при разсматриваніи въ лупу, тонкимъ и, вслѣдствіе отсутствія сосудовъ, бѣлесоватымъ; край же надрыва представляетъ всѣ особенности рубца, т. е. при недавнемъ происхожденіи надрыва является утолщеннымъ и богатымъ сосудами. В. Г.

3) Особенно гонорройнаго; оттого у женщинъ, зараженныхъ гонорреей, отверстія выводныхъ протоковъ *Bartholin'овыхъ* железъ нерѣдко бываютъ окружены ярко красными пятнышками, — т. наз. *maculae gonorrhoeicae*. В. Г.

## Глава II.

Развитіе, созрѣваніе и старческая инволюція женскихъ половыхъ органовъ.

Otto Küstner'a.

### I. Исторія развитія женскихъ половыхъ частей.

Къ концу четвертой недѣли эмбриональной жизни у человѣческаго зародыша образуется на обѣихъ сторонахъ двухъ нижнихъ третей тѣла по первичной почкѣ (Wolff'овы или Oken'овскія тѣла). Вверху онѣ доходятъ до верхней границы грудного отдѣла, до того именно мѣста, гдѣ впоследствии образуется грудобрюшная преграда, и откуда къ нимъ направляются тяжи ткани, образующіе диафрагмальныя связки первичныхъ почекъ (по Kölliker'у). Первичныя почки содержатъ Malpighi'евы клубки и имѣютъ выводной протокъ (Wolff'овъ ходъ), открывающійся въ клоаку.

На пятой и шестой недѣлѣ зародышевой жизни медиально отъ первичныхъ почекъ начинаютъ образовываться первые зачатки половыхъ железъ, имѣющіе видъ двухъ бѣловатыхъ полосокъ. Они одѣты полостнымъ эпителиемъ (Sclomepithel), который впоследствии дифференцируется въ зародышевый эпителий и мѣстами содержитъ клѣтки, особенно богатыя протоплазмой (первичныя яйца). Одновременно съ этимъ отъ первичныхъ почекъ начинаютъ отдѣляться ходы (Müller'овы каналы), которые, проходя кнаружи отъ выводныхъ протоковъ первичныхъ почекъ, соединяютъ послѣднія съ аллантоисомъ или мочеполовой пазухой (sinus urogenitalis).

Изъ половыхъ железъ образуются у женщинъ яичники, а изъ Müller'овыхъ ходовъ весь tractus genitalis, начиная отъ morsus diaboli (бахромчатый конецъ трубы), вплоть до introitus vaginae. Первоначально Müller'овы ходы на всемъ протяженіи, отъ половой железы до sinus urogenitalis, являются сплошными и притомъ обособленными другъ отъ друга образованиями. Въ этомъ кроется ключъ къ уразумѣнію различныхъ пороковъ развитія, наблюдаемыхъ въ данной области: при всякомъ порокѣ развитія женскаго полового аппарата мы можемъ встрѣтить или удвоеніе органовъ, или атрезію ихъ, или, наконецъ, то и другое вмѣстѣ.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда развитіе полового аппарата идетъ нормальнымъ путемъ, Müller'овы ходы очень скоро сливаются своими нижними половинами въ одинъ тяжъ (половой тяжъ). При этомъ верхніе ихъ отрѣзки получаютъ просвѣтъ, выстланный однослойнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ, дальше же книзу половой тяжъ, вплоть

до мѣста своего соединенія съ мочеполовой паузой, не содержитъ никакой полости, состоя сплошь изъ тѣсно сгруппированныхъ, большихъ, богатыхъ протоплазмой клѣтокъ. Впослѣдствіи, однако, клѣтки, расположенныя по оси тяжа, распадаются и образуютъ просвѣтъ, дающій начало влагалищу. Сліяніе Müller'овыхъ ходовъ въ одну трубку до того мѣста, гдѣ образуется наружный маточный зѣвъ, заканчивается на девятой недѣлѣ зародышевой жизни. Около этого времени влагалище, какъ было указано выше, становится уже органомъ непарнымъ, но все еще неполымъ, матка же остается раздѣленной болѣе долгое время и лишь въ концѣ 4-го или началѣ 5-го мѣсяца зародышевой жизни превращается въ одиночную, сообщающуюся съ влагалищемъ полость, первоначальная двойственность которой выражается теперь только незначительнымъ углубленіемъ въ ея днѣ. Приблизительно въ началѣ 4-го мѣсяца матка обособляется отъ влагалища вслѣдствіе образованія *portionis vaginalis*<sup>1)</sup>. Въ концѣ 5-го мѣсяца дно матки начинаетъ принимать выпуклый видъ, а существовавшая доселѣ двойственность его окончательно исчезаетъ. Около пятого мѣсяца въ маткѣ начинаютъ появляться мышечныя волокна (Nagel)<sup>2)</sup>. Одновременно съ этимъ, путемъ дифференцировки нижняго влагалищнаго отдѣла, образуется дѣвственная плева, послѣ чего половой трактъ макроскопически принимаетъ приблизительно ту форму, которую мы видимъ у новорожденныхъ дѣвочекъ, а именно: дѣвственная плева выражена отчетливо; стѣнки рукава толсты, съ неровною поверхностью; *portio vaginalis* состоитъ какъ-бы изъ нѣсколькихъ отдѣльныхъ сосочковъ и ясно вдается во влагалище; шейка матки плотна и длинна, тѣло же ея незначительныхъ

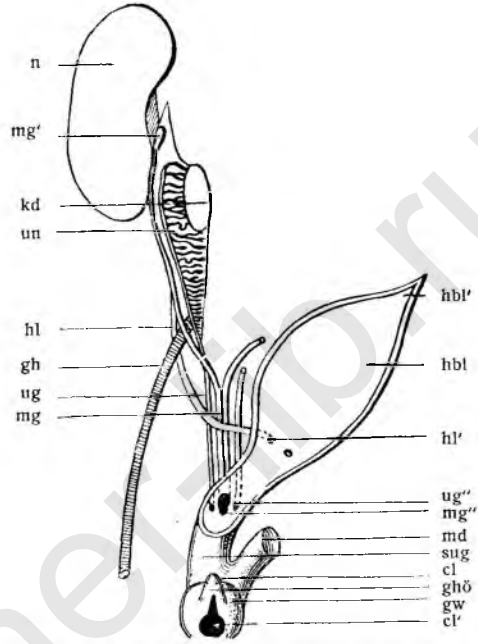
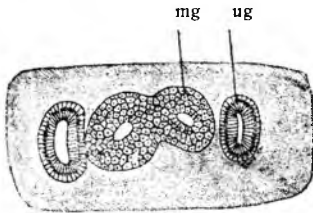


Рис. 7. Схема недифференцированной мочеполовой системы въ ранней стадіи развитія: n — почка, kd — половая железа, un — первичная почка, ug — Wollf'овъ ходъ, mg — Müller'овъ каналъ, mg' — передній конецъ этого канала, gh — Gubernaculum Hunteri, hl — мочеточникъ, hl' — устье его въ пузырь, ug'', mg'' — устья Wollf'овыхъ и Müller'овыхъ каналовъ въ sinus urogenitalis — sug, md — толстая кишка, cl — клоака, ghö — половой бугорокъ, gw — половой валикъ, cl' — отверстіе клоаки, hbl — мочевой пузырь, hbl' — удлинненіе мочевого пузыря въ urachus (впослѣдствіи lig. vesico-umbilicale) (O. Hertwig, „Исторія развитія“).

1) По наблюденіямъ моимъ и Werth'a, образованіе влагалищной части происходитъ позже, — на 5-мъ мѣсяцѣ зародышевой жизни. В. Г.

2) Werth и я пришли къ заключенію, что мышечныя волокна, именно циркулярныя, впервые появляются въ маткѣ около половины 5-го мѣсяца зародышевой жизни. В. Г.

размѣровъ и составляетъ какъ-бы придатокъ шейки. Разстояніе между наружнымъ и внутреннимъ зѣвомъ равняется у новорожденныхъ дѣвочекъ 2 сант., а отъ внутренняго зѣва до дна — 1 сант. Стѣнки тѣла матки гораздо тоньше стѣнокъ ея шейки.



Уже въ раннихъ стадіяхъ развитія можно замѣтить различіе въ строеніи эпителия, выстилающаго отдѣльныя части Müllег'овыхъ ходовъ. Верхнія части, — изъ которыхъ образуются трубы и матка, — раньше становятся полыми и несутъ

Рис. 8. Поперечный разрѣзъ черезъ половой тяжъ (по Tourneux и Legay). Разрѣзъ проходитъ черезъ мѣсто сліянія Müllег'овыхъ каналовъ mg; ug — выводяные протоки первичныхъ почекъ. (O. Hertwig, „Исторія развитія“).

на своихъ стѣнкахъ однослойный цилиндрической эпителий, между тѣмъ какъ та часть, изъ которой впоследствии формируется влагалище, продолжаетъ представлять изъ себя тяжъ, сплошь состоящий изъ кубическихъ кѣтокъ.

Однослойный эпителий верхняго отрѣзка ходовъ еще не имѣетъ у зародыша рѣсничекъ, — послѣднія появляются впервые лишь во внѣтробной жизни. Кромѣ того слизистая оболочка маточнаго тѣла у зародыша мало отличается отъ слизистой

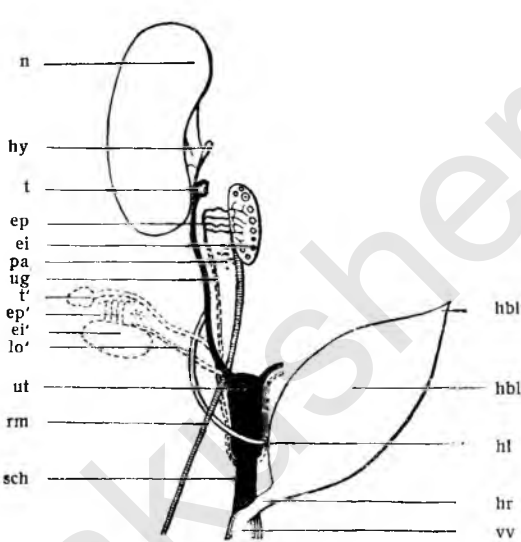


Рис. 9.

Рис. 9. Схема развитія женскихъ половыхъ органовъ изъ недифференцированныхъ зачатковъ первичной половой системы, изображенной схематически на рис. 7. Сохраняющіяся части первичной системы изображены черными линиями, а подвергающіяся обратному развитію — точками; тѣ мѣста, гдѣ лежатъ женскія половыя части послѣ своего опусканія, отмѣчены пунктиромъ: n — почка, ei — яичникъ, ep — eporphoron, pa — paroophoron, hy — гигадага, t — труба, ug — Wolffовъ ходъ, ut — матка, sch — влагалище, hl — мочеточникъ, hbl — мочевой пузырь, hbl' — верхушка послѣдняго, переходящая въ lig. vesico-umbilicale medium, hr — уретра, vv — предверіе влагалища, gm — круглая маточная связка (первично-почечная связка), lo' — lig. ovarii; буквы t', ep', ei', lo' показываютъ положеніе органовъ послѣ ихъ опусканія (O. Hertwig, „Исторія развитія“).

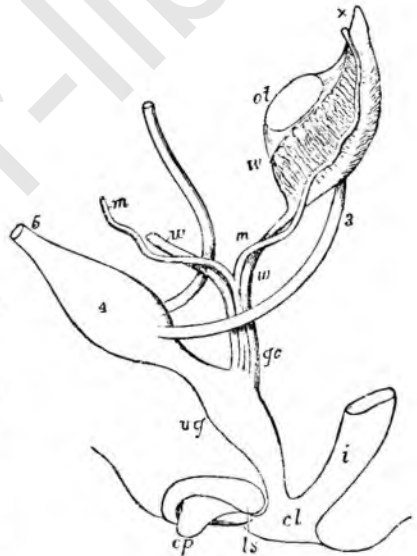


Рис. 10.

Рис. 10. Схема мочеполового аппарата у зародыша млекопитающихъ, въ раннихъ стадіяхъ развитія (по Allen Thompson). Отдѣльныя части представлены болѣею частью въ профиль, но Müllег'овъ и Wolff'овъ ходы изображены спереди; 3 — мочеточникъ, 4 — мочевой пузырь, 5 — urachus, oi — зародышевая железа (яичникъ или яичко), W — лѣвое Wolffово тѣло, x — диафрагматическая связка первичной почки, w — Wolffовъ ходъ, m — Müllег'овскій ходъ, gc — половой каналъ, состоящий изъ заключенныхъ въ общемъ влагалищѣ ходовъ — Wolff'ова и Müllег'овскаго, i — прямая кишка, ug — мочеполовая пазуха, cp — половой бугорокъ, впоследствии превращающіяся въ клиторъ или дѣтородный членъ, ls — половые валики, изъ которыхъ впоследствии образуются большія половыя губы или мошонка.

оболочки шейки. Уже макроскопически у зародышей и недоношенныхъ дѣтей частую можно замѣтить, что такъ называемыя *palmae plicatae* доходятъ до самаго маточнаго дна; кромѣ того и микроскопически здѣсь нельзя найти никакой разницы, такъ какъ характерныя маточныя железы у дѣтей отсутствуютъ. По Wudegu, въ этомъ отношеніи существуетъ весьма значительныя колебанія; такъ, иногда маточныя железы можно найти уже въ маткѣ новорожденной дѣвочки, между тѣмъ какъ въ другихъ случаяхъ онѣ могутъ отсутствовать даже у дѣвочекъ въ возрастѣ 10—12 лѣтъ. Тамъ, гдѣ железы есть, онѣ, точно такъ же, какъ и у взрослыхъ, въ маточномъ тѣлѣ представляются простыми трубчатыми, а въ маточной шейкѣ вѣтвящимися. Обычно железы раньше появляются въ шейкѣ и лишь позже — въ тѣлѣ матки.

Съ момента рожденія до наступленія половой зрѣлости половой трактъ дѣвушки не претерпѣваетъ существенныхъ измѣненій. Даже объемъ матки и влагалища значительно не увеличивается, такъ что матка десятилѣтней дѣвочки мало отличается по своей величинѣ отъ матки новорожденной<sup>1)</sup>.

За то ко времени полового созрѣванія органъ начинаетъ усиленно расти; маточное тѣло, казавшееся раньше лишь придаткомъ шейки, увеличивается при этомъ гораздо быстрее послѣдней, и его мускулатура становится толще шейчной; вмѣстѣ съ тѣмъ тѣло матки дѣлается вполне самостоятельнымъ по формѣ и положенію, образуя съ шейчной частью острый уголъ, открытый впередъ, — такъ называемая нормальная антефлексія дѣвственной матки. Существенному измѣненію подвергается и слизистая оболочка тѣла, — въ ней теперь образуются правильно расположенныя, весьма многочисленныя трубчатыя железы, то одиночныя, то дихотомически развѣтвленныя въ днѣ; послѣднее, впрочемъ, наблюдается рѣже. Эти железы проходятъ чрезъ всю толщю слизистой оболочки и выстланы простымъ цилиндрическимъ эпителиемъ, эпителий же свободной поверхности слизистой оболочки получаетъ рѣснички и становится мерцательнымъ. Соединитель-

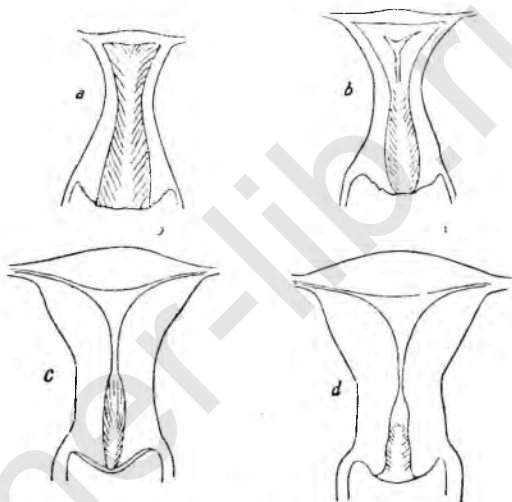


Рис. 11. Развитіе матки. Четыре матки, разрѣзанныя фронтально: а — матка доношеннаго плода, б — матка 7-лѣтней дѣвочки, с — матка дѣвушки, зрѣлой въ половомъ отношеніи, d — матки рожавшей женщины. Въ маткѣ а мускулатура тѣла развита еще слабо, тѣло матки почти вдвое меньше по длинѣ, чемъ объемистая шейка; въ маткѣ б мускулатура шейки продолжаетъ превалировать, по толщинѣ, надъ мускулатурой тѣла; въ маткахъ с и d мускулатура тѣла является уже болѣе мощною, чѣмъ мускулатура шейки. Кромѣ того въ маткѣ а складки *arboris vitae* выражены не только въ шейкѣ, но и въ тѣлѣ; въ маткѣ б *arbor vitae* доходитъ лишь до внутренняго зѣва, хотя и *pusosa corporis* обнаруживаетъ складчатость; въ маткѣ с складки слизистой оболочки заканчиваются точка въ точку у внутренняго зѣва; наконецъ, въ маткѣ d складки не доходятъ до внутренняго зѣва, будучи частью уничтожены, благодаря измѣненіямъ слизистой оболочки во время беременности и отторженію ея во время родовъ и въ послѣродовомъ періодѣ. Буквы а, б, с и d стоятъ какъ разъ на границѣ между тѣломъ и шейкой, т. е. у внутренняго зѣва.

1) Въ первые годы внѣутробной жизни наблюдается даже извѣстная степень атрофіи маточной мускулатуры; за то сосуды матки и мускулатура маточныхъ связокъ дѣлаютъ въ этомъ періодѣ значительный шагъ впередъ на пути развитія. В. Г.

ная ткань, въ которой заложены железы, состоитъ изъ круглыхъ и веретенообразныхъ клѣтокъ и нѣжной межклеточной сѣти. Толщина слизистой оболочки равняется приблизительно 3 миллиграммъ. Свободная поверхность ея, прежде изборожденная складками *arboris vitae*, становится теперь гладкой. Складки остаются только въ шейкѣ, гдѣ онѣ рѣзче всего выражены у внутреннего маточнаго зѣва. Кромѣ многочисленныхъ складокъ и углублений, *mucosa* шейки заключаетъ въ себѣ и многократно вѣтвящіяся железы, отдѣляющія слизь и содержащія много бокаловидныхъ клѣтокъ.

Медіально отъ Müller'овыхъ ходовъ развиваются у человѣческаго зародыша, какъ уже упомянуто, въ возрастѣ отъ 5-й до 6-й недѣли утробной жизни, половыя железы.

Зачатки половой системы первоначально одинаковы у обоихъ половъ: система эта въ первое время состоитъ изъ соединительнотканной стромы и полостного эпителия (*Coloepithel*).

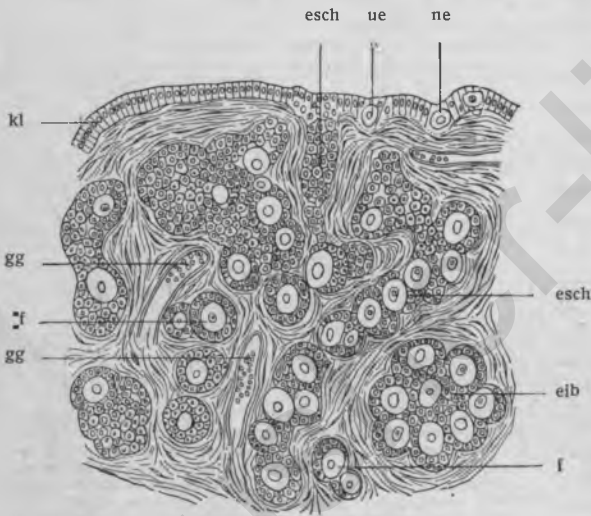


Рис. 12. Часть сагиттальнаго разрѣза яичника новорожденной дѣвочки. Сильное увеличеніе. kl — зародышевый эпителий, esch — Pflüger'овскіе тяжи, ue — первичныя яйца, лежащія въ зародышевомъ эпителии, esch' — длинный Pflüger'овскій стержень, выполненный фолликулами, eib — яйцевой шаръ, дѣлящійся на отдѣльные фолликулы, ff — самыя молодыя, уже изолированныя фолликулы, gg — сосуды. Въ Pflüger'овскихъ тяжахъ и яйцевыхъ шарахъ можно различать примордіальныя яйца, а также болѣе мелкія эпителиальныя клѣтки, изъ которыхъ впоследствии образуется фолликулярный эпителий. (O. Hertwig, „Исторія развитія“).

Остаткомъ этого процесса являются у новорожденныхъ углубленія поверхностнаго (зародышеваго) эпителия въ строму яичника, которыя находятся иногда еще въ связи съ самыми молодыми примордіальными фолликулами (Pflüger-Valeutin'овскія трубки).

Уже въ Pflüger'овскихъ трубкахъ будущія яйца отличаются отъ эпителиальныхъ клѣтокъ своимъ объемомъ (первичныя яйца). Образование фолликуловъ заканчивается у человѣка самое позднее вскорѣ послѣ его рожденія. Впослѣдствіи новаго образованія примордіальныхъ фолликуловъ и Pflüger'овскихъ трубокъ уже не бываетъ (вопреки взгляду Koster'a и Paladino): напротивъ, многіе изъ примордіальныхъ фолликуловъ, образовавшихся въ теченіе зародышеваго періода, погибаютъ уже на 1-мъ году жизни ребенка, такъ что отъ нихъ не остается даже и слѣдовъ въ паренхимѣ яичника.

Въ слѣдующіе три мѣсяца половыя железы начинаютъ подвергаться половой дифференцировкѣ. У женщинъ эта послѣдняя выражается въ весьма интенсивномъ ростѣ какъ эпителия, такъ и соединительной ткани и сосудовъ, происшедшихъ изъ стромы Wolff'овыхъ тѣлъ. Эпителиальные тяжи, вдаваясь въ соединительную ткань, образуютъ такъ называемыя „яйцевыя вѣера“ (Nagel) или „яйцевыя шары“ (Waldeyer). Съ дальнѣйшимъ ростомъ эти эпителиальныя ростки отшнуровываются и дѣлятся на все меньшія и меньшія части, дающія начало примордіальнымъ фолликуламъ. Въ то время, какъ послѣдніе углубляются въ строму железы и превращаются въ фолликулы, на свободной поверхности яичника происходитъ новое образованіе примордіальныхъ фолликуловъ.

Какъ было упомянуто выше, въ концѣ четвертой недѣли зародышевой жизни мы встрѣчаемъ медиально отъ Müller'ова хода, между нимъ и половой железой, первичныя почки или т. н. Wolff'овыя тѣла. По всей вѣроятности, органы эти несутъ функціи почекъ, пока снаружи и кверху отъ нихъ не сформируются истинныя почки. Послѣ того нижнія части первичныхъ почекъ атрофируются вполне, верхнія же сохраняются, образуя у мужчинъ выводныя протоки сѣмянныхъ железъ, придатки яичка, а у женщинъ — рудиментарныя органы, такъ называемыя придатки яичника (parovarium). Элементы parovarium'a растутъ по направленію къ яичку вплоть до его hîsus'a, а иногда углубляются даже въ яичниковую строму, располагаясь, конечно, въ мозговомъ слѣѣ (Waldeyer-Kölliker'овскіе мозговые тяжи, Markstränge).

Выводные протоки первичныхъ почекъ у мужчинъ остаются въ видѣ сѣмяпроводовъ (vasa deferentia), у женщинъ же они атрофируются, превращаясь въ главные каналы придатковъ яичника. У жвачныхъ и другихъ животныхъ — всегда, а у людей — довольно часто сохраняется рудиментарный остатокъ Wolff'ова хода въ видѣ канала, ведущаго отъ parovarium'a, черезъ широкую связку, въ толщу маточной шейки (Gartner'овскій каналъ). Части этого канала, лежащія въ шейкѣ, гомологичны сѣмяннымъ пузырькамъ у мужчинъ (Klein). Иногда Wolff'овы ходы сохраняются цѣликомъ, и тогда они идутъ возлѣ влагалища до самаго гимена, образуя парауретральныя ходы или Skene'овы железы, гомологичныя предстательнымъ железамъ мужчинъ (Aschoff, Groschuff, Klein).

Вскорѣ послѣ своего образованія Wolff'овы и Müller'овы ходы открываются въ нижнюю часть аллантоиса, который въ это время все еще представляетъ собою выворотъ первичной кишки, выступающій изъ брюшной полости. Впослѣдствіи брюшныя стѣнки, сходясь, замыкаютъ аллантоисъ въ самомъ пупочномъ кольцѣ. При этомъ часть аллантоиса между пупкомъ и устьемъ Wolff'овыхъ и Müller'овыхъ ходовъ образуетъ вверху lig. vesicae medium, ниже — мочевой пузырь и мочеиспускательный каналъ, а изъ самаго нижняго отдѣла образуется мочеполовая пазуха (sinus urogenitalis), вмѣстѣ съ нижней частью толстой кишки составляющая клоаку.

Прежде чѣмъ открыться, на шестой недѣлѣ зародышевой жизни, наружу, клоака бываетъ затянута тонкою кожей, состоящей только изъ энто- и эктодермы (клоачный листокъ). Въ этомъ періодѣ непосредственно передъ клоакой образуется бугорокъ (половой бугорокъ), состоящій изъ мезодермальной ткани и покрытой эктодермой. Отъ этого бугорка отходить, по направленію кзади, пока еще неглубокая бороздка (rima genitalis), дѣлящая клоачную перепонку на двѣ равныя части. Складки, выступающія по обѣимъ сторонамъ этой бороздки, носятъ названіе половыхъ складокъ. Справа и слѣва отъ этихъ складокъ поднимаются два валика, которые, сливаясь, охватываютъ половой бугорокъ спереди. Такъ какъ фронтальная влагалищная стѣнка, отдѣляющая переднюю часть аллантоиса (Allantenteron) отъ кишки, растетъ дальше внизъ до эктодермальной части клоачнаго листка, то передняя часть аллантоиса, т. е. sinus urogenitalis, становится, благодаря этому, отдѣленной отъ задней, т. е. отъ прямой кишки. Эта разъединяющая стѣнка

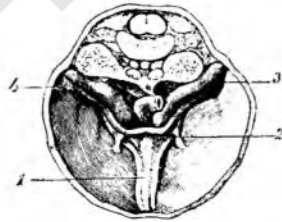


Рис. 13. Тазовые органы женскаго человѣческаго зародыша въ 4-мъ мѣсѣцѣ (по Nagele). Видъ сверху. 1 — Uterus съ обѣими пупочными артеріями, 2 — lig. teres uteri (gubernaculum Hunteri), 3 — яичникъ, 4 — труба.

представляет собою будущую промежность. Впоследствии, благодаря исчезновению эпителия клоачного листка, какъ прямая кишка, такъ и sinus urogenitalis открываются наружу, причемъ мочеполая пазуха открывается раньше прямой кишки, и отверстие ея приходится въ rima genitalis. Точно такимъ же образомъ, благодаря росту соответствующей стѣнки влагалища, обособляются отъ полового тракта мочевой пузырь и уретра.

Сформированіе наружныхъ половыхъ органовъ происходитъ такимъ образомъ, что изъ полового бугорка образуется клиторъ, изъ rima genitalis — эктодермальная часть преддверія, изъ половыхъ складокъ — малыя губы, а изъ половыхъ валиковъ — большія.

Къ концу 4-го мѣсяца зародышевой жизни дифференцировка наружныхъ половыхъ органовъ является законченной.

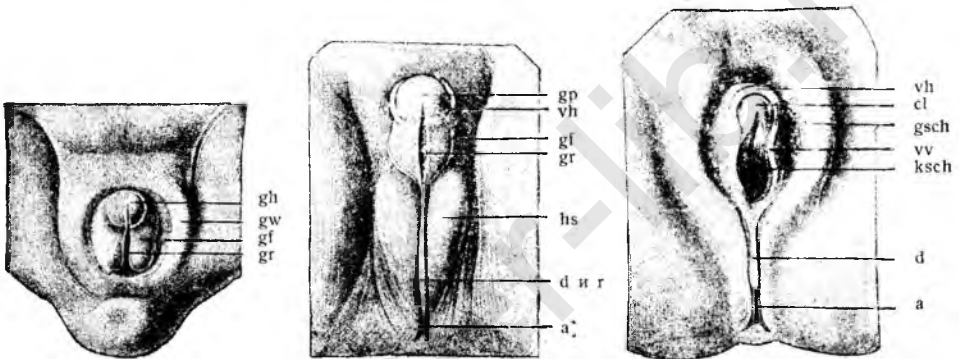


Рис. 14.

Рис. 15.

Рис. 16.

Рис. 14. Наружные половые органы 8-недельнаго плода, у котораго нельзя еще отличить пола.

Рис. 15. Наружные половые органы 4-мѣсячнаго зародыша мужского пола.

Рис. 16. Наружные половые органы 4-мѣсячнаго зародыша женского пола. gh — Половой бугорокъ, gf — половыя складки, gw — половыя валики, gr — головая шель, gp — glans penis, cl — clitoris, d — промежность, a — anus, vv — vestibulum vaginae, vh — крайняя плоть, hs — мошонка, d и r — rhaepe perinei et scroti, gsch — большія губы, ksch — малыя губы (по Eschery, Zieglerу и Hertwigу).

Въ томъ мѣстѣ, гдѣ влагалище открывается въ эктодермальную мочеполовую пазуху, образуется гимень, причемъ, по Dohrn'у, это происходитъ уже послѣ слиянія вагины съ sinus urogenitalis. Такимъ образомъ гимень является образованіемъ вагинальнымъ и eo ipso происходитъ не въ силу самаго открытія полового тракта въ sinus urogenitalis. Впрочемъ вопросъ этотъ окончательно еще не рѣшенъ. По мнѣнію другихъ излѣдователей (Nagel), задній край гимена образуется вслѣдствіе того, что влагалище, при своемъ слияніи съ sinus urogenitalis, загибается впередъ.

Уже на третьемъ мѣсяцѣ зародышевой жизни, т. е. въ то время, когда женскій половой аппаратъ еще неполнѣ сформированъ въ морфологическомъ отношеніи, начинается весьма важный для пониманія топографическихъ отношеній женскихъ половыихъ частей процессъ, именно опусканіе яичниковъ (descensus ovariorum). Въ очень раннихъ стадіяхъ первичныя почки бывають соединены съ паховымъ каналомъ при помощи Hunter'овскихъ связокъ; это — крѣпкіе, сначала соединительнотканные, а затѣмъ содержащія мышцы тяжи, заложенные въ складкахъ брюшины. Около того времени, когда первичныя почки исчезаютъ (на 3 мѣсяцѣ), Hunter'овскія связки начинаютъ отставать отъ общаго роста тѣла и поэтому тянуть половыя железы по направленію къ тазу. Затѣмъ связка сростається въ своей верхней трети съ Müller'овыми ходами въ томъ мѣстѣ, гдѣ послѣдніе сливаются, образуя маточное дно. Такимъ образомъ связки эти въ концѣ концовъ являються раздѣленными на двѣ неравныя части, изъ которыхъ одна идетъ



отъ fundus uteri до пахового канала (lig. uteri rotundum, прежняя паховая связка первичной почки), а другая — соединяетъ дно матки съ яичникомъ (lig. ovarii proprium, соответствующая нижней части діафрагмальной связки первичной почки).

У нѣкоторыхъ грызуновъ паховая связка исчезаетъ во внѣтробной жизни, такъ что въ эмбриональномъ состояніи они имѣютъ lig. rotundum, во взросломъ же состояніи — нѣтъ.

У зародышей и дѣтей яичники лежатъ сначала выше тазоваго входа, но съ теченіемъ времени опускаются все больше и больше въ малый тазъ. Причину опусканія яичниковъ является, вѣроятно, все возрастающая ихъ тяжесть.

То обстоятельство, что яичники не опускаются такъ низко, какъ яички, т. е. что они не проходятъ черезъ паховой каналъ, обуславливается прочнымъ положеніемъ нормально развитой матки, къ которой они прикрѣплены прочными, короткими связками. Лишь при патологическихъ условіяхъ, мѣшающихъ развитію матки, яичники опускаются черезъ паховой каналъ въ большія губы (hernia ovarii), т. е. продѣлываютъ такое же полное опусканіе, какъ и яички. Вывороту брюшины въ мошонку, получающемуся вслѣдствіе опусканія яичка у мужчинъ, у женщинъ соответствуетъ такъ называемый *diverticulum Nuckii*, одѣвающей лишь начальную, прилагающую къ маткѣ часть круглой связки.

## II. Периодическія измѣненія въ половыхъ органахъ взрослой женщины (менструація, овуляція).

Наступленіе половой зрѣлости у женщины характеризуется появленіемъ у ней менструаціи (Menarche).

Прежде о менструаціи было извѣстно лишь то, что она выражается періодическими кровотеченіями; *Bischoff* первый открылъ, что мѣсячныя находятся въ связи съ овуляціей, т. е. періодическимъ выталкиваніемъ яицъ изъ яичниковъ; затѣмъ появилось ученіе *Pflüger'a* о томъ, что оба эти процесса обусловлены одной и той же причиной, а именно, періодически повторяющимися гипереміями всѣхъ внутреннихъ половыхъ органовъ.

*Halban* экстирпировалъ у павановъ яичники и затѣмъ пересаживалъ послѣдніе подъ кожу. Два изъ оперированныхъ такимъ образомъ животныхъ продолжали затѣмъ менструировать. Отсюда *Halban* заключаетъ, что вліяніе овуляціи на происхожденіе менструаціи — не механическое, какъ предполагалъ *Pflüger*, а химическое.

*L. Fraenkel*, вмѣстѣ съ *Вогп'омъ*, приписываетъ особенное значеніе желтому тѣлу. По его мнѣнію, оно обладаетъ функциями железы, именно, оно способно къ „внутренней секреціи“. Періодически регенерируясь, железа эта управляетъ питаніемъ матки отъ момента полового созрѣванія женщины до наступленія климактерія. Секреторная дѣятельность ея ведетъ къ циклической, повторяющейся каждыя 4 недѣли, гипереміи матки, каковая гиперемія и обуславливаетъ наступленіе менструаціи.

Менструальное кровотеченіе у зрѣлыхъ въ половомъ отношеніи женщинъ, въ возрастѣ приблизительно отъ 13 до 45—50 лѣтъ, имѣетъ мѣсто каждыя 4 недѣли. Вытекающая кровь — темно-краснаго цвѣта, нормально въ несвернувшемся видѣ, съ примѣсью цервикальной слизи, даетъ кислую реакцію. Количество ея равно въ среднемъ около 100 куб. сант. Это кровотеченіе длится нѣсколько дней, причемъ сначала бываетъ незначительно, затѣмъ усиливается и, наконецъ, постепенно прекращается. Что кровь эта происходитъ изъ матки, — давно извѣстно; при паузахъ она выдѣляется изъ наружнаго маточнаго зѣва толчками. Нормально менструація сопровождается лишь незначительными болями. Однако, весьма часто, еще до наступленія мѣсячныхъ, или во время ихъ, женщины испыты-

тываютъ чувство давленія и тяжести внизу живота и въ крестцѣ, чувство давленія на пузырь, частый позывъ на мочеиспусканіе и тупыя боли, иррадирующія отъ крестца по направленію къ бедрямъ, каковыя боли, повторяясь періодически, достигаютъ своего аспе, а потомъ стихаютъ. Эти припадки представляютъ незамѣтные переходы отъ физиологическаго къ патологическому. Во время беременности и періода кормленія грудью мѣсячныя обычно отсутствуют<sup>1)</sup>.

Измѣненія, имѣющія мѣсто въ половыхъ частяхъ женщины во время менструаціи, впервые были точно изучены Leopold'омъ.



Рис. 17. Слизистая оболочка матки незадолго до наступленія мѣсячныхъ (полусхематически). Видны сильно извитыя железы, изъ которыхъ каждая срѣзана по нѣсколькxу разъ. Подъ наружной поверхностью слизистой находятся значительныя кровизліянія. Поверхностный эпителий еще всюду сохранился.

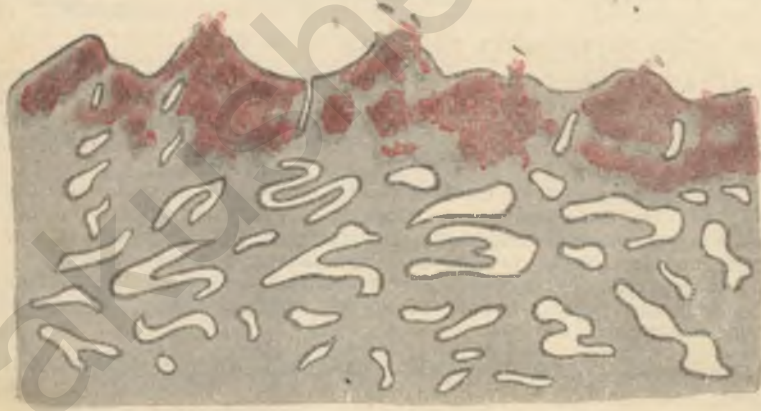


Рис. 18. Слизистая оболочка матки во время мѣсячныхъ (полусхематически). Железы также извиты. Подъ поверхностнымъ эпителиемъ гѣморрагіи, которыя мѣстами обуславливаютъ нарушеніе непрерывности покровнаго эпителия.

По наблюденіямъ этого автора, въ промежутокъ между двумя послѣдовательными менструаціями слизистая оболочка матки утолщается приблизительно

1) По отношенію къ періоду кормленія грудью правило это, однако, допускаетъ многочисленныя исключенія. Сплошь и рядомъ у совершенно здоровыхъ особъ мѣсячныя появляются уже въ періодъ лактаціи; особенно часто наблюдается это у женщинъ, родившихъ въ первый разъ. В. Г.

вдвое, клѣтки ея раздвигаются, сосуды дѣлаются болѣ извилистыми и богатыми кровью. Сама mucosa становится болѣ сочною и рыхлою. Незадолго до наступленія мѣсячныхъ въ ней появляются многочисленныя капиллярныя экстрavasаты, особенно вблизи отъ свободной поверхности mucosae, которые или отслаиваютъ поверхностный эпителий, или же вызываютъ разстройства въ его питаніи, что влечетъ за собою его слущиваніе. Послѣ этого ничто уже не препятствуетъ тому, чтобы внутритканное кровотеченіе превратилось въ свободное, слѣдствіемъ чего и является менструація. Такимъ образомъ, по Leopoldy, при мѣсячныхъ погибаетъ и отторгается лишь самый наружный слой слизистой оболочки матки, который нормально не можетъ быть замѣченъ невооруженнымъ глазомъ въ менструальной крови. Послѣ прекращенія мѣсячныхъ mucosa матки пріобрѣтаетъ прежнюю толщину, и погибшій наружный слой эпителия регенерируется изъ эпителия железъ, что происходитъ, вѣроятно, довольно быстро.

Существенную поправку къ это ученіе внесли Moerike и Westphalen, доказавшіе, что во время менструаціи вовсе не бываетъ отторженія частей слизистой оболочки матки, и что даже поверхностный слой эпителия ея сохраняется. Такъ какъ эти изслѣдователи производили свои наблюденія на свѣжей слизистой оболочкѣ, полученной путемъ выскабливанія, то ихъ взглядъ можетъ считаться вполне вѣрнымъ, вопреки заявленію Kahlden'a, изучавшаго этотъ вопросъ на трупахъ умершихъ во время менструаціи женщинъ и утверждающаго, что при менструаціи имѣетъ мѣсто весьма значительное отторженіе слизистой оболочки матки. Такія значительныя потери могутъ имѣть мѣсто лишь въ патологическихъ условіяхъ.

Съ наблюденіями Moerike и Westphalen'a согласуются и наблюденія Gebhard'a. По его мнѣнію, при менструаціи происходятъ апоплектические кровоизліянія въ поверхностный слой слизистой оболочки, который при этомъ отслаивается и частію теряетъ свою цѣлость, причемъ, однако, поверхностный эпителий остается in toto нетронутымъ. По прекращеніи менструаціи, какъ въ эпителии поверхностныхъ слоевъ, такъ и въ эпителии железъ наступаютъ усиленные регенеративныя процессы, которые возстановляютъ нормальное строеніе слизистой оболочки и ея способность къ воспріятію оплодотвореннаго яйца.

Новѣйшія изслѣдованія Adler'a и Hitschman'a свидѣтельствуютъ, что въ промежутки между мѣсячными железы маточной мукозы, благодаря новообразованію эпителиальныхъ клѣтокъ, становятся шире и длиннѣе и штопорообразно извиваются. Далѣе, наблюденія этихъ авторовъ показываютъ, что ко времени менструаціи эпителий начинаетъ сецернировать, и вся слизистая матки становится крайне похожею, на разрѣзѣ, на молодую опадающую оболочку, съ хорошо различимыми компактными и ампулярными слоями. Еще во время менструаціи маточная мукоза и железы опадаютъ.

Слизистая оболочка трубъ при нормальныхъ условіяхъ не принимаетъ участія въ менструальномъ процессѣ, слизистая же оболочка верхнихъ отдѣловъ шейки, которая по своему строенію и расположенію железъ гораздо болѣе похожа на мукозу тѣла, чѣмъ слизистая нижнихъ отрѣзковъ цервикальнаго канала, по моимъ наблюденіямъ, участвуетъ въ этомъ процессѣ.

Что касается, далѣе, періодическихъ измѣненій, имѣющихъ мѣсто въ яичникахъ, то они заключаются въ измѣненіи фолликуловъ, созрѣваніи и выталкиваніи яицъ и образованіи желтыхъ тѣлъ. Измѣненія эти представляются въ слѣдующемъ видѣ:

Примордіальные фолликулы, — эти маленькіе, невидимые невооруженнымъ глазомъ, высланные цилиндрическимъ эпителиемъ и содержащіе яйца пузырьки, — постепенно растутъ. Ихъ эпителий дѣлается при этомъ многослойнымъ (stratum granulosum). Затѣмъ поверхностныя его клѣтки, выстилающія полость фолликула, слущиваются и примѣшиваются къ liquor folliculi, клѣтки же, окружающія яйцо, не подвергаются этому процессу и образуютъ т. н. *stimulus oophorus*. Въмѣстѣ съ тѣмъ соединительнотканый слой, окружающій фолликулъ, начинаетъ развиваться сильнѣе (theca folliculi. Между theca и фолликулярнымъ эпителиемъ образуется стекловидная оболочка, а между фолликулярнымъ эпителиемъ и яйцомъ, — zona pellucida. Такимъ образомъ изъ первичнаго фолликула возникаетъ Graaf'овъ фолликулъ.

При дальнѣйшемъ развитіи, клѣтки внутренняго слоя thecae folliculi начинаютъ разрастаться, и въ нихъ появляются блестящія зернышки (Лютенновыя клѣтки). Вскорѣ эти клѣтки образуютъ толстый многослойный пластъ съ со-

сочковидными разрошениями и начинают оттѣснять содержимое фолликула по направлению къ мѣсту наименьшаго сопротивления, т. е. къ свободной поверхности яичника. Въ концѣ концовъ фолликулъ лопається, яйцо, съ окружающими его эпителиальными клѣтками, отрывается отъ *stimulus oophorus*, и пустой фолликулъ наполняется кровью. Образование, возникающее на мѣстѣ лопнувшаго *Graaf*ова пузырька, называется желтымъ тѣломъ (*corpus luteum*); оно имѣетъ округлую форму и состоитъ изъ кровяного сгустка, окруженнаго желтою складчатою оболочкой; эта послѣдняя есть ничто иное, какъ состоящая изъ лютеиновыхъ клѣтокъ *theca folliculi*. Относительно функциональнаго значенія желтаго тѣла см. выше. Сосочки *thecae* постепенно вростають съ сгустокъ, кровь рассасывается, желтый цвѣтъ лютеиновыхъ клѣтокъ блѣднѣетъ, и въ концѣ концовъ на мѣстѣ желтаго тѣла остается лишь соединительнотканый рубецъ или т. н. *corpus albicans*. Въ каждомъ яичникѣ зрѣлой женщины можно найти нѣсколько такихъ тѣлъ (*Nagel*).

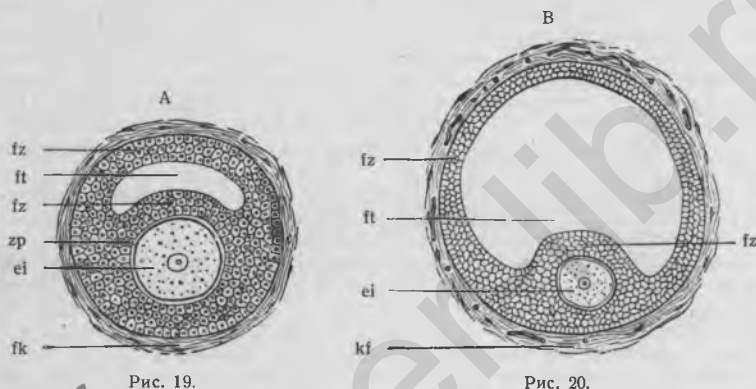


Рис. 19.

Рис. 20.

Рис. 19 и 20. Двѣ стадіи развитія *Graaf*ова фолликула. А — фолликулъ съ начинающею образованіемъ фолликулярной жидкости; В — фолликулъ съ значительнымъ накопленіемъ этой жидкости; ei — яйцо, fz — фолликулярныя клѣтки, образующія вокругъ яйца *discus proligerus*, ft — фолликулярная жидкость, fk — оболочка фолликула (*theca folliculi*), zp — *zona pellucida*. (O. Hertwig, „Исторія развитія“).

Между тѣмъ какъ превращеніе первичныхъ фолликуловъ въ *Graaf*овы имѣетъ мѣсто въ каждомъ яичникѣ зрѣлой въ половомъ отношеніи женщины, притомъ въ нѣсколькихъ экземплярахъ, такъ что въ каждомъ яичникѣ *Graaf*овы пузырьки могутъ быть встрѣчены въ разныхъ стадіяхъ развитія, — выталкиваніе яйца (овуляція) всегда наблюдается лишь въ одномъ, — развѣ исключительнымъ образомъ въ 2 фолликулахъ, и именно во время менструаціи.

У нѣкоторыхъ млекопитающихъ, особенно стоящихъ на низшей ступени развитія (*Sciurus*, *Hystrix*), яичникъ, кромѣ органовъ, вырабатывающихъ яйца, содержитъ еще железоподобную ткань, — т. наз. интерстиціальную яичниковую железу (*Limon*), способную къ внутренней секреціи; у другихъ животныхъ, напр. у носорога, кошки, собаки, а также у человѣка, такой ткани въ яичникахъ не имѣется (*L. Fraenkel*, *A. Schaeffer*).

Открытіе *Bischoffa* и гипотеза *Pflüger*'а не разъяснили того вопроса, являются-ли описанные выше процессы въ слизистой оболочкѣ матки и въ яичникѣ совершенно одновременными. Вообще думали, что выталкиваніе яйца изъ фолликула и начало маточнаго кровоточенія совпадаютъ другъ съ другомъ по времени. Лишь благодаря тщательнымъ изслѣдованіямъ *Leopolda* удалось установить тотъ фактъ, что, хотя овуляція и сопутствуетъ обычно менструаціи, но оба эти явленія наступаютъ послѣдовательно другъ за другомъ, а именно, *mucosa uteri* начинаетъ менструировать нѣсколько дней спустя послѣ выходженія яйца.



Хотя обычно каждой менструаціи соотвѣтствуетъ овуляція и обратно, однако новѣйшія изслѣдованія показали, что процессы созрѣванія и выходненія яйца могутъ происходить и независимо отъ менструаціи. Такъ, напр. овуляція можетъ имѣть мѣсто во время періода лактаціи. Равнымъ образомъ, она можетъ имѣть мѣсто, хотя это бываетъ и рѣдко, и въ промежутокъ времени между двумя менструаціями. Если яичники недоразвиты или удалены, то менструація обычно отсутствуетъ.

У многихъ животныхъ (кролики, морскія свинки, кошки) овуляція вызывается половымъ сношеніемъ, у другихъ же, напр. у собакъ, лошадей, свиней, коровъ, а также и у людей, она можетъ происходить и самопроизвольно.

Менструація вмѣстѣ съ овуляціей соотвѣтствуютъ течкѣ у животныхъ. Но у всѣхъ животныхъ течка происходитъ рѣже, чѣмъ аналогичный процессъ у людей. Лишь у нѣкоторыхъ породъ обезьянъ течка сопряжена съ кровотеченіемъ изъ матки, эквивалентнымъ менструаціи у людей.



Рис. 21. Срѣзь черезъ стѣнку желтаго тѣла. Внизу видна яичниковая строма съ сосудами, въ срединѣ рисунка слой большихъ лютеиновыхъ клѣтокъ, вверху начавшій организоваться кровяной свертокъ

Хотя менструація и представляетъ собою вполне нормальный процессъ, однако она, вмѣстѣ съ тѣмъ, является такимъ фазисомъ въ половой жизни женщины, во время котораго и безъ того уже не очень-то рѣзкая граница между физиологическимъ и патологическимъ состояніемъ организма легко можетъ исчезнуть. Здѣсь могутъ имѣть вліяніе причины двухъ родовъ: во-первыхъ, при менструаціи ранится внутренняя поверхность матки, а во-вторыхъ, нормально кислая реакція влагалищнаго секрета превращается въ это время въ щелочную, вслѣдствіе чего появляются благоприятныя условія для измѣненія влагалищной микрофлоры: тѣ микробы, которые раньше не могли развиваться въ кислой средѣ, — а между ними могутъ быть и слу-

чайно попавање во влагалище патогенные, — находятъ теперь удобныя условия для своего развитія. Поэтому во время менструаціи необходимо извѣстнаго рода специальный режимъ<sup>1)</sup>.

Лучше всего, если женщина во время менструаціи будетъ носить закрытыя панталоны, а передъ наружными половыми органами, для всасыванія крови, помѣщать часто смѣняемая „менструаціонныя подушки“, представляющія собою небольшіе, узкіе компрессы, сдѣланные изъ легко-всасывающаго матеріала. Наружныя половыя части нужно обмывать теплою водой по меньшей мѣрѣ два раза въ день, спринцеванія же влагалища лучше прекратить. Далѣе, во время регулъ слѣдуетъ избѣгать всякихъ условий, способствующихъ ослабленію стойкости тканей противъ патогенныхъ микробовъ, какъ, напр., простуды, особенно простуды нижнихъ частей живота и наружныхъ половыхъ частей. Наконецъ, при регулахъ слѣдуетъ избѣгать чрезмерныхъ физическихъ напряженій, а въ особенности — половыхъ сношеній.

### III. Старческая инволюція женскихъ половыхъ органовъ (климактерій).

Приблизительно къ концу пятаго десятка лѣтъ регулы у женщинъ начинаютъ понемногу ослабѣвать. Сначала они дѣлаются неправильными, болѣе рѣдкими, утрачиваютъ свой 4-недѣльный типъ, а въ концѣ концовъ совершенно прекращаются. Послѣ этого матка постепенно атрофируется, мускулатура ея истончается, весь органъ уменьшается и, наконецъ, превращается въ тонкій мускульный мѣшокъ въ 3—4 сант. длиною. Одновременно ея mucosa теритъ свой характерный видъ, мерцательный эпителий ея исчезаетъ и замѣняется низкимъ, кубическимъ. Межжелезистая ткань съживается; въ ней обильно развиваются соединительнотканныя волокна: вся mucosa крайне истончается. Железы дѣлаются короче и въ концѣ концовъ погибаютъ. У нѣкоторыхъ изъ нихъ, вслѣдствіе неравномернаго сморщиванія межжелезистой ткани, выводные протоки дѣлаются непроходимыми, и онѣ превращаются въ регенціонныя кисты.

Внутренній маточный звѣвъ въ старости все болѣе и болѣе суживается и можетъ, наконецъ, совершенно облитерироваться.

Если при этомъ вышележащія участки слизистой оболочки продолжаютъ еще отдѣлять секретъ, то въ тѣлѣ матки скопляется жидкое, водянистое, слизистое выдѣленіе и растягиваетъ матку въ видѣ шара. Подобная гидрометра въ небольшой степени наблюдается часто, въ значительной же — рѣдко, притомъ лишь у тѣхъ женщинъ, которыя ранѣе страдали эндометритомъ.

Если, далѣе, верхній отдѣлъ шейки неполно облитерируется, а дѣло ограничивается лишь сильнымъ суженіемъ шеечнаго канала, то въ скопившейся въ маточномъ тѣлѣ секретъ могутъ проникнуть изъ шейки и влагалища микробы и обусловить такимъ образомъ развитіе піометры. Это происходитъ тѣмъ легче, что старческіе половыя органы лишены столь важнаго средства замозащиты, какимъ является кислая реакція влагалищнаго выдѣленія. Влагалищный секретъ у старухъ даетъ весьма часто щелочную реакцію. Разлагающійся маточный секретъ, вытекающій отъ времени до времени, можетъ вслѣдствіе своего дурнаго запаха подать поводъ къ подозрѣнію, что данная особа страдаетъ ракомъ.

Весьма вреденъ распространенный и среди простыхъ людей, и среди врачей предразсудокъ, будто аномаліи менструаціи, напр. слишкомъ частыя или сильныя кровотеченія изъ половыхъ путей, принадлежать къ нормальнымъ явленіямъ климактерическаго возраста.

1) Необходимо, кромѣ того, имѣть въ виду, что менструація представляетъ собою феноменъ, сопровождающійся не только мѣстными измѣненіями въ половой сферѣ женщины, но и общими измѣненіями во всемъ организмѣ послѣдней; такъ, во время менструальнаго періода у женщины измѣняются пульсъ и т<sup>0</sup>, обмѣнъ веществъ, психика и т. д. В. Г.

Хотя подобныя аномаліи зачастую обязаны своимъ происхожденіемъ метриту, эндометриту или просмотрѣннымъ ретроверзіямъ матки, однако онѣ всегда должны возбуждать подозрѣніе насчетъ рака и требовать соответственнаго гинекологическаго изслѣдованія, дабы или подтвердить, или отвергнуть это подозрѣніе.

Аналогичныя измѣненія происходятъ въ преклонномъ возрастѣ и въ другихъ частяхъ полового аппарата. Влагалищная часть матки въ концѣ концовъ совершенно исчезаетъ, причемъ въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ раньше на ней были надрывы (вслѣдствіе родовъ), получаютъ теперь радіальныя складки, втянутыя въ вагинальные своды. Точно также исчезаютъ все сосочки, складки и углубленія влагалища, и послѣднее превращается въ гладкій каналъ, конусообразно суживающійся по направленію къ маткѣ; у самой вершины этого конуса лежитъ едва замѣтный наружный маточный вѣвъ. Эпителіальная оболочка вагины значительно истончается. Наружныя половыя органы становятся бѣднѣе жиромъ, *labia majora et minora* уплощаются.

Яичники въ старости также сильно съеживаются, въ Graaf'овыхъ фолликулахъ эпителий и яйца распадаются. Въ концѣ концовъ отъ яичниковъ остаются лишь небольшія соединительнотканныя тѣла, покрытыя низкимъ цилиндрическимъ эпителиемъ.

Своеобразныя измѣненія наблюдаются при наступленіи климактерія въ вазомоторной системѣ. Время отъ времени женщины въ этомъ возрастѣ начинаютъ чувствовать что ихъ „кидаетъ въ жаръ“. Это ощущеніе жара или распространяется на все тѣло, или локализуется главнымъ образомъ въ лицѣ. Подобныя приступы могутъ повторяться по нѣскольку разъ въ день. Точно такія же явленія имѣютъ мѣсто и при климактеріи, искусственно вызванномъ путемъ удаленія яичниковъ, причемъ иногда указанныя явленія достигаютъ невыносимой степени. Явленія эти объясняются прекращеніемъ „внутренней секреціи“ яичниковъ и у нѣмецкихъ гинекологовъ извѣстны подъ названіемъ „Ausfallserscheinungen“. Терапія при нихъ — оваринъ, лутенинъ, valyl (Кіопка).

## Глава III.

### Пороки развитія женской половой системы.

Otto Küstner'a.

#### I. Пороки развитія внутреннихъ половыхъ органовъ.

##### 1. Классификація.

Какъ было нами указано во второй главѣ, трубы, матка и влагалище первоначально являются въ видѣ двухъ отдѣльныхъ, сплошныхъ тяжей. Отсюда ясно, что при задержкѣ въ развитіи этихъ частей происходитъ одно изъ двухъ: или остаются раздѣленными тѣ части, которыя при нормальныхъ условіяхъ должны были-бы слиться, или же отсутствуетъ просвѣтъ въ тѣхъ частяхъ, которымъ предстояло сдѣлаться полыми. Большая или меньшая степень уродства зависитъ отъ того, простираются-ли вышеуказанные виды недоразвитія на весь половой трактъ, или только на нѣкоторыя его части, а также отъ того, имѣютъ-ли мѣсто оба вида одновременно, или лишь одинъ изъ нихъ. Число возможныхъ здѣсь комбинацій очень велико; весьма многія изъ нихъ наблюдались и *de facto*.

Вышеуказанная схема, данная нами для уразумѣнія пороковъ развитія женской половой сферы, кажется весьма простой; не слѣдуетъ, однако, забывать, что въ большинствѣ случаевъ для насъ остается совершенно неизвѣстнымъ, почему данная части остаются раздѣленными или же сплошными. Кромѣ того, нельзя всякую прирожденную атрезію безъ дальнѣйшихъ околичностей признавать за результатъ порочнаго развитія. Нѣкоторыя формы атрезіи несомнѣнно обязаны своимъ возникновеніемъ склеиванію эпителиальныхъ поверхностей въ сдѣланныхъ уже полыми частяхъ полового канала.

Вмѣстѣ съ пороками развитія Müller'овыхъ ходовъ могутъ наблюдаться и пороки развитія половыхъ железъ. Смотря по тому, съ обѣихъ или съ одной стороны имѣть мѣсто порочное развитіе, — или оба, или одинъ изъ яичниковъ могутъ отсутствовать совершенно. Или же соотвѣтственное половой железѣ тѣло можетъ быть налицо, но оно можетъ не заключать въ себѣ специфическихъ элементовъ, именно, первичныхъ фолликуловъ, вслѣдствіе чего образованія яицъ у больной не происходитъ. Впрочемъ иногда даже при высокихъ степеняхъ порочнаго развитія Müller'овыхъ ходовъ яичники могутъ быть вполне развиты и способны къ нормальнымъ отправленіямъ.

Конечно, единственно логическая и правильная классификація пороковъ развитія можетъ быть произведена лишь съ эмбриологиче-



ской точки зрѣнія. Это сдѣлали весьма послѣдовательно Nagel и Winkel.

По Nagel'ю слѣдуетъ различать четыре группы пороковъ развития:

- I. Задержка въ развитіи до образованія полового тяжа.
- II. « « « послѣ образованія полового тяжа.
- III. « « « въ то время, когда происходитъ постепенное слияніе Müller'овыхъ ходовъ внутри полового тяжа (и placum utrogenitalium).
- IV. « « « послѣ сформированія матки и влагалища.

Первая группа обнимаетъ самыя тяжелыя формы пороковъ развитія: все, что образуется изъ Müller'овыхъ ходовъ, остается вполне раздѣленнымъ.

Вторая группа обнимаетъ тѣ случаи, когда остается раздѣленной по меньшей мѣрѣ матка, а часто еще и все влагалище или его часть.

Къ третьей группѣ относятся тѣ случаи, когда остается раздѣленнымъ только одно маточное тѣло, а шейка уже нормальна.

Наконецъ, къ четвертой группѣ мы причисляемъ тѣ случаи, когда органы, успѣвъ сдѣлаться неправильными, остались на зародышевой или дѣтской ступени развитія.

Отдѣльные виды пороковъ развитія распредѣляются по упомянутымъ 4 группамъ слѣдующимъ образомъ:

- I. 1) Полное отсутствіе матки и рукава.  
2) Uterus didelphis.
- II. 1) Uterus duplex bicornis cum vagina duplici.  
2) Uterus duplex cum aut sine vagina duplici.  
3) Uterus subseptus uniforis.  
4) Uterus biforis supra simplex.  
5) Uterus subseptus unicorporeus.
- III. 1) Uterus bicornis unicolis.  
2) Uterus arcuatus.  
3) Uterus subseptus unicolis.
- IV. 1) Uterus foetalis.  
2) Uterus infantilis.

Подраздѣленія второй и третьей группы основаны на томъ, что задержка въ развитіи половыхъ частей можетъ имѣть мѣсто или въ одной половинѣ, или въ обѣихъ. Въ первомъ случаѣ задержка можетъ быть настолько значительной, что соответствующая половина атрофируется совершенно. Сюда относятся формы однорогой матки (агенетическое или апластическое, одностороннее порочное развитіе). Если задержка, доходящая до атрезіи, происходитъ въ обѣихъ половинахъ, то такіе случаи, относящіеся къ третьей группѣ, будутъ отличаться отъ случаевъ, принадлежащихъ ко второй группѣ, лишь тѣмъ, что здѣсь органы имѣютъ нормальную конфигурацію, но состоятъ изъ неполныхъ соединительнотканыхъ образований (самая частая форма рудиментарныхъ половыхъ органовъ).

При uterus didelphis, а равно и при менѣ выраженныхъ удвоеніяхъ — при различныхъ формахъ двурогой матки, постоянно наблюдается проходящая въ сагиттальномъ направленіи, отъ прямой кишки къ пузырю, между обѣими половинами матки, брюшинная складка (lig. rectovesicale). Складка эта свидѣтельствуетъ о томъ препятствіи, которое во время зародышевой жизни помѣшало обѣимъ половинамъ полового аппарата вполне соединиться другъ съ другомъ. Тоже самое слѣдуетъ сказать и относительно поразительной короткости широкихъ связокъ, которая наблюдается при удвоеніяхъ полового прибора.

То, что у людей в области женских половых органов является пороком развития, у некоторых животных составляет вполне нормальное явление. См. объяснения к помещенным ниже рисункам (рис. 22—29).

## 2. Пороки развития, состоящие в сохранении внутренними половыми органами тех состояний, которые свойственны им, пока они из парных не сделались еще непарными и полыми (группы I—III).

Относящиеся к первой группе пороки развития представляют мало интереса в практическом отношении. *Uterus didelphys* часто осложняется другими аномалиями развития, лишаящими плод жизнеспособности; обычно между двумя обособленными половыми каналами помещается какой-нибудь другой орган, напр. rectum, при существующем одновременно незакрытии мочевого пузыря (см. ниже). С таким же точно осложнением *uterus didelphys* встречается иногда, — впрочем очень редко, — и у живых.

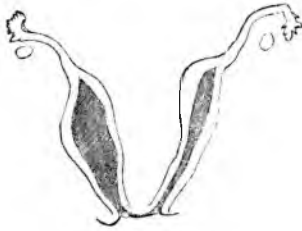


Рис. 22.



Рис. 24.

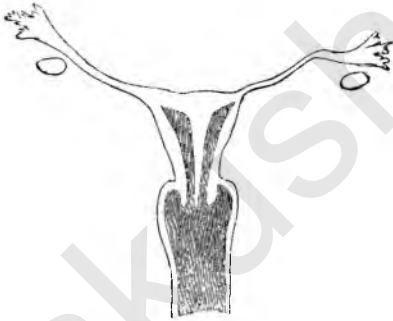


Рис. 23.

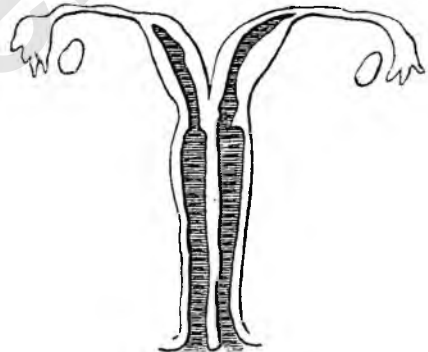


Рис. 25.

Рис. 22. *Uterus duplex separatus cum vagina duplici separata (u. didelphys)*. Нормально у *Monotremata* (утконось).

Рис. 23. *Uterus duplex bicornis cum vagina duplici*. Нормально у *Opossum didelphys*.

Рис. 24. *Uterus duplex bicornis*. Норм. у бѣлки, зайца и бобра.

Рис. 25. *Uterus septus duplex*.

Впрочем некоторые формы удвоеней не лишены практического значения. Так, при *uterus biforis* существующая в маткѣ перегородка может служить препятствием для прохождения плода во время родовъ, вслѣдствіе чего приходится разсѣкать ее ножомъ или ножницами. Края ранъ лучше всего соединить нѣсколькими узловатыми швами, или же просто прижечь ихъ термокаутеромъ.

*Strassmann* предложилъ раздѣленные, при удвоеніяхъ матки, маточныя полости или обособленныя половины этого органа превращать въ одиночную матку

оперативнымъ путемъ и такимъ образомъ искусственно исправлять то, что природа упустила сдѣлать при эмбриональномъ развитіи.

При *uterus duplex* каждая изъ половинокъ матки можетъ забеременѣть и доносить до конца, если, конечно, обѣ онѣ развиты равномерно. Весьма часто, однако, наблюдается преждевременное прерываніе беременности (1 выкидышъ на 3,3 срочныхъ родовъ

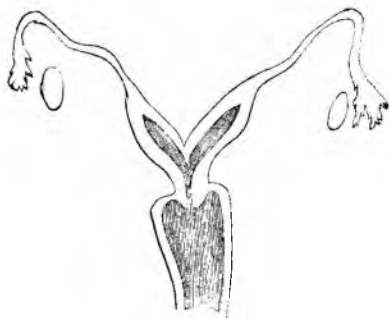


Рис. 26.

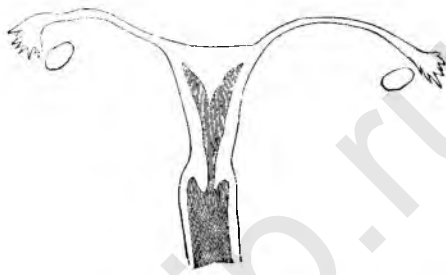


Рис. 28.

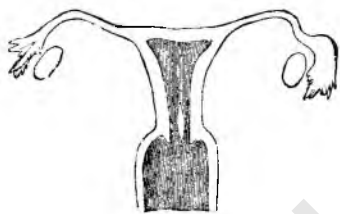


Рис. 27.



Рис. 29.

Рис. 26. *Uterus bicornis unicollis*. Нормально у гнѣвъ, собакъ, козь и овецъ.

Рис. 27. *Uterus subseptatus unicornis*. Нормально у однокопытныхъ, но не въ столь рѣзкой формѣ.

Рис. 28. *Uterus bifidus*. Нормально у лѣнница и муравьяда.

Рис. 29. *Uterus unicornis*. Нормально у птицъ.

по Воні), что стоитъ въ связи съ недостаточнымъ развитіемъ мускулатуры и слизистой оболочки. Равнымъ образомъ нерѣдко наблюдаются, при беременности, кровотечения изъ небеременной половины. Когда беременность далеко ушла впередъ, беременный рогъ обыкновенно сильно уклоняется въ сторону отъ средней линіи и часто заканчивается вверху тупымъ конусомъ. Вслѣдствіе того, что такая матка сравнительно бѣдна мускулами, и роды при *uterus duplex* могутъ осложняться различными аномаліями, хотя могутъ протекать и вполне нормально, какъ я могъ убѣдиться въ цѣломъ рядѣ случаевъ. Въ среднемъ они продолжаются дольше нормы, въ связи съ чѣмъ стоитъ относительно частое умираніе плода во время родовъ (Schlüter). Въ послѣродовомъ періодѣ изъ небеременной половины отторгается decidua. Иногда небеременный рогъ, будучи сильно гипертрофированъ подъ вліяніемъ беременности, преграждаетъ путь подлежащей части и такимъ образомъ является препятствіемъ для родовъ (Воринскі).

Объ половины двойной матки могут быть беременными последовательно, но могут также быть беременными и одновременно (таких случаев имѣется въ литературѣ 40). При этомъ изгнание плодовъ изъ той и другой половины можетъ происходить вскорѣ другъ за другомъ. Въ 5 случаяхъ, при одновременной беременности, одна



Рис. 30.



Рис. 31.

Рис. 30 и 31. Двойная атрезированная матка. Атрезія рукава. Входъ во влагалище безъ какихъ-либо признаковъ гимена, съ чрезвычайно широкоимъ отверстіемъ уретры. Больная 24 л., 4 г. замужемъ, бесплодна. На 19 году жизни однажды было небольшое кровотеченіе изъ половых путей, обычно же каждыя 4 недѣли бывають сильныя дисменорройныя разстройства безъ слѣда кровотеченія. Пациентка никогда не была больна. Картина при наружномъ изслѣдованіи (см. рис. 30): рукавъ оканчивается слѣпо на глубинѣ 1  $\frac{1}{2}$  фалангъ пальца, никакихъ рубцовъ, никакихъ признаковъ гимена; уретра очень широкая, за нею *coltina rugatum anterior*; задняя стѣнка рукава представляется менѣе морщинистою. При бимануальномъ изслѣдованіи матка не опредѣляется, по бокамъ же, у тазовыхъ стѣнокъ, прощупываются два тѣла, каждое болѣе нормальнаго яичника. Такъ какъ сильныя дисменорройныя припадки заставляли предполагать наличность снабженнаго полостью маточнаго рудимента, то большою было сдѣлано чревостѣченіе. При осмотрѣ малаго таза во время операциі представилась картина, изображенная на рис. 31: въ срединѣ таза находится дугообразный маточный рудиментъ съ боковыми утолщеніями въ большой палецъ и срединнымъ утолщеніемъ такой же величины. Грубы нормальныя, яичники также; въ послѣднихъ — вылающіеся фолликулы, *corpora albicantia* и въ лѣвомъ яичникѣ желтое тѣло. Круглыя связки отходятъ отъ боковыхъ утолщеній. Ни боковыя, ни центральное утолщеніе не заключаютъ въ себѣ полостей. Выздоровленіе гладкое.

половина abortировала, тогда какъ другая доносила до конца (Tга-pret). Можетъ также случайно произойти задержка въ развитіи плодовъ. Williams сообщаетъ объ одномъ случаѣ, гдѣ изъ одной половины двойной матки былъ изгнанъ зрѣлый плодъ, а изъ другой, вскорѣ затѣмъ, — плодъ, развитіе котораго соотвѣтствовало 2-му мѣсяцу эмбриональной жизни.

Конечно, при *uterus duplex* возможно и заболѣваніе обѣихъ половинъ матки. Такъ, напр., въ Дерптѣ у меня лечилась не первой молодости женщнна, еще не рожавшая, у которой былъ *uterus duplex cum vagina duplici*. Обѣ половины какъ матки, такъ и влагалища были поражены у ней упорнымъ воспалительнымъ процессомъ. Съ подобнымъ же случаемъ я имѣлъ дѣло и въ Бреславлѣ, въ 1898 г.

Если въ случаяхъ, причисленныхъ нами ко II и III группамъ, одна часть полового канала недоразвилась, то происходитъ или

uterus et vagina duplex съ рудиментарною одною половиною, или же только uterus duplex съ недоразвитой одною маткой. Первая аномалія имѣеть мѣсто тогда, когда раздвоеніе простирается вплоть до нижнихъ частей влагалища, вторая же — когда двойственность ограничивается лишь областью матки. По изслѣдованіямъ Кеггера младшаго, упомянутые пороки развитія относятся по большей части къ группѣ двурогихъ матокъ съ одной шейкой (uteri bicornes unicolles), рѣже — къ той категоріи неправильно развитыхъ матокъ, которыя извѣстны подъ названіями uteri bicornes duplices и uteri septi biloculares.

То обстоятельство, что неразвитая половина бываетъ иногда атрофической или совершенно запустѣлой, — не имѣеть никакихъ практическихъ послѣдствій. Въ такихъ случаяхъ другая половина обыкновенно развита вполне нормально и функционируетъ совершенно правильно.



Рис. 32. Uterus bicornis. Закрытіе выхода праваго рога, гѣматометра, гѣматосальниксъ. Препаратъ изъ музея Юрьевской гинекологической клиники (по J. Hols'ty „Beiträge“, Tübingen, 1865, I. стр. 86; тамъ же подробное описаніе случая). Оба рога и часть влагалища вскрыты спереди. а — Правый рогъ, а' — полость его, а" — внутренній маточный звѣвъ, б — расширенная цервикальная полость, б" — мѣсто первоначальнаго закрытія и оперативнаго разрѣза, с — лѣвый рогъ, с' — его полость, с" — внутренній маточный звѣвъ, d' — шейка съ arbor vitae, e — часть спайки, g — наружный маточный звѣвъ, h — влагалище, ii — круглыя связки, kk — яичники, l — лѣвая труба, l' — правая труба, растянутая кровью, n — gestum.

Гораздо важнѣе тотъ случай, когда верхняя часть недоразвитой половины — полая, а нижняя — закрыта. Зачастую уже одно скопленіе въ рудиментарной половинѣ матки мѣсячной крови и слизи является весьма опаснымъ для больной. Секретъ этотъ задерживается въ маткѣ и растягиваетъ ее иногда до громаднхъ размѣровъ: дно матки можетъ дойти до высоты пупка, и это еще не угрожаетъ органу разрывомъ, такъ какъ отъ послѣдняго предохраняетъ все увеличивающаяся гипертрофія мускулатуры стѣнокъ, идущая параллельно растяженію матки. Гипертрофированная мускулатура старается постоянно освободить матку отъ ея содержимаго. Если атрезія рога имѣеть мѣсто въ области рудиментарнаго сегмента влагалища, то туда и выдавливается вся масса маточнаго содержимаго, причемъ сегментъ этотъ становится главнымъ резервуаромъ. Если же, какъ

это часто бывает при одностороннемъ закрытіи, мѣстомъ атрезіи является нижняя часть матки, то сокращенія стѣнокъ послѣдней вытѣсняють кровь въ трубу.

Пока содержимое гѣматометры или гѣмоэлитрометры не инфицировано, женщина не подвергается, собственно говоря, еще никакой опасности. Хотя Jасquet и другіе и наблюдали смертельный перитонитъ, вызванный будто-бы проникновениемъ въ брюшную полость крови изъ закрытаго рудиментарнаго рога, однако, съ другой стороны, въ цѣломъ рядѣ вскрытій были обнаружены долго существовавшія гѣматометры, не повлекшія за собою никакихъ опасныхъ явленій. Опасность наступаетъ лишь тогда, когда, вследствие ли самопроизвольно наступившаго разрыва, или вследствие лечебнаго вмѣшательства, создались условия, дающія возможность микроорга-

низмамъ проникнуть въ замкнутую прежде полость, вследствие чего можетъ быстро наступить септический перитонитъ. Особенно опасными являются тѣ случаи, когда атрезія сопровождается гѣматосальпингомъ, т. е. скоплениемъ крови въ трубѣ, соответствующей рудиментарному рогу матки (см. рис. 32, 33, 34 и 35).

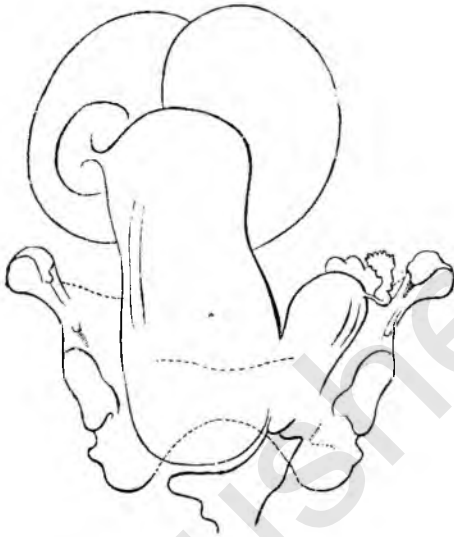


Рис. 33. Uterus bicornis duplex cum vagina simplici, oclusio uteri dextri, haematometra, haematosalpinx per magna. Дѣвица 38 лѣтъ. экстирпація путемъ чревосѣченія правой матки и гѣматосальпинкса. Кроме того, въ этомъ случаѣ была удалена и лѣвая матка, дабы создать лучшія условия для леченія.

состояніемъ не врожденнымъ, а приобретеннымъ: первоначально зарощенный рогъ является проходимымъ, а потомъ онъ атрезирруется вследствие воспаления, которое вмѣстѣ съ тѣмъ вызываетъ и закрытіе ostii abdominalis tubae.

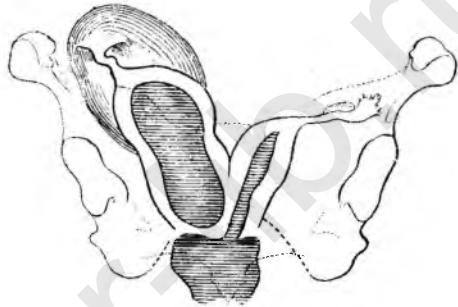
Считаю, впрочемъ, необходимымъ замѣтить, что иногда, въ тѣхъ случаяхъ придаточнаго рога, гдѣ послѣдній на первый взглядъ представляется атрезированнымъ, можетъ существовать весьма узкое и вследствие этого легко ускользающее отъ изслѣдователя сообщеніе полости рога съ нормальными частями половыхъ органовъ. Дѣло идетъ тогда не объ атрезіи, но о сильномъ стенозѣ. Черезъ это суженное отверстіе могутъ проникнуть въ полость рога зародыши микроорганизмовъ и обусловить собою инфекцію, которая затѣмъ ведетъ къ зарощенію ostii abdominalis tubae и, стало быть, къ образованию haematosalpinxa.

Наконецъ, адгезивный перитонитъ въ области бахромокъ можетъ возникнуть и безъ наличности микробовъ. Какъ на это совершенно справедливо указалъ Menge, и свободныя отъ микробовъ жидкости могутъ вызвать перитонитическія

спайки, т. е., стало быть, и стерильная застоявшаяся кровь может вызвать облитерацию бахромчатого конца трубы.

Относительно терапии *haematometrae unilateralis* нужно сказать следующее: если гематометра легко доступна со стороны влагалища, и ретенционный мѣшок выпячивается въ последнее, то хорошую услугу может оказать широкій разрьѣзъ съ прижиганіемъ или обшиваніемъ краевъ; если же гематометра трудно доступна со стороны влагалища, то операція, а особенно послѣдующій уходъ за раной бываетъ гораздо труднѣе, о чемъ даетъ понятіе исторія болѣзни случая, изображеннаго на рис. 34. Самымъ целесообразнымъ является тогда удаленіе рудиментарной половины *per laparotomy*.

Рис. 34. *Uterus bicornis duplex* съ атрезіей правой половины. *Haematometra*. *Haematosalpinx*. Больная 16 лѣтъ, поступила съ жалобами на опухоль въ правой подчревной области; опухоль появилась 14 года тому назадъ и причиняетъ ей боли. Черезъ мѣсяцъ послѣ того, какъ опухоль впервые была замѣчена больной, у послѣдней наступили первая регулы, во время которыхъ какого-либо усиленія разстройствъ не было. Послѣ этого пациентка имѣла мѣсячные только три раза; промежутки между ними были неправильны и колебались отъ 1 до 3 мѣсяцевъ. Послѣдній разъ больная менструировала 1 января 1891 г. Опухоль за это время постепенно увеличивалась. При изслѣдованіи, 13 января 1891 г., мы нашли у больной въ правой подчревной области эластическую опухоль оvoidной формы, величиною больше гусиного яйца. Опухоль эта впадалась въ малый тазъ сегментомъ, который можно было прощупать со стороны влагалища. Слева рядомъ съ сегментомъ опухоли лежала влагалищная часть матки, имѣвшая форму плоскаго конуса съ шевелимымъ наружнымъ зѣвомъ въ видѣ полумѣсяца, обращеннаго вогнутостью вправо. Зондъ толщиной въ 3 миллиметра вошелъ въ матку на 6,5 сант. При бимануальномъ изслѣдованіи опухоль оказалась флюктуирующею. Т<sup>а</sup> и остальные отправления у больной вполне нормальны. Въ январѣ, 28 числа, больной была произведена операція, состоявшая въ разрьѣзѣ бокового свода, около 2 сант. длиною. Черезъ разрьѣзъ вылилось 180 грам. слизистой, красновато-бурой жидкости, содержащей въ большомъ количествѣ гнойные шарики<sup>1)</sup>. Такъ какъ отверстие разрьѣза оказалось недостаточнымъ, то развился воспалительный процессъ, вследствие чего по истеченіи 7—12 недѣль пришлось сдѣлать широкій разрьѣзъ со стороны брюшной стѣнки. Лишь послѣ этого произошло выздоровленіе. Въ июнѣ пациентка выписалась съ небольшой фистулой, открывавшейся въ вагину. *Epikrasis*: ретенционная опухоль, которую можно было прощупать со стороны влагалища послѣ вскрытія рога, представляла изъ себя фаллопиеву трубу; опухоль эта опорожнила только часть своего содержимаго черезъ матку во влагалище; остатокъ содержимаго сталъ постепенно разлагаться, и это повело къ воспаленію.

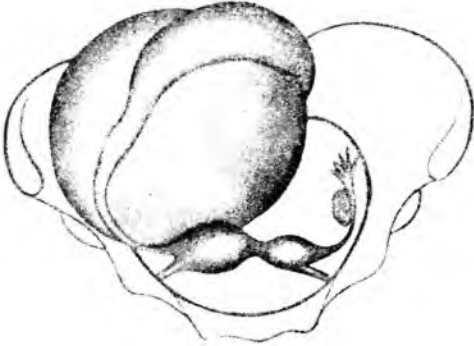


Больная 16 лѣтъ, никогда не менструировавшая, поступила съ жалобами на сильныя боли внизу живота, начавшіяся 3 мѣсяца тому назадъ, и на сильные позывы на низъ. При изслѣдованіи 4 октября 1895 г., у ней было найдено вблизи хорошо развитой матки тѣло, похожее на песочные часы, величиною въ матку на третьемъ мѣсяцѣ беременности. Диагнозъ: закрытіе лѣваго рудиментарнаго рога матки. Терапія: экстирпация этого рога и его придатковъ *per laparotomy*. *Haematosalpinx*а не было. Выздоровленіе безъ всякихъ осложненій. Въ концѣ ноября наступила первая менструація.

Въ всякомъ случаѣ оперативное вмѣшательство черезъ животъ является необходимымъ при наличности гематосальпинкса. Послѣ удаленія этимъ путемъ наполненной кровью трубы, можно затѣмъ пройти черезъ атрезированное мѣсто со стороны рукава, если только операторъ не предпочтетъ атрезированную половину матки изсѣчь *per laparotomy*.

1) Повидимому, здѣсь авторомъ пропущено указаніе, что послѣ разрьѣза опухоль опорожнилась не вся: верхній отдѣлъ ея остался наполненнымъ и могъ быть прощупанъ черезъ влагалищный разрьѣзъ. В. Г.

Закрытая половина матки может иногда забеременеть вследствие попадания в нее яйца и сѣмени чрезъ абдоминальный конецъ трубы. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ такого рода, впрочемъ, закрытіе недоразвитой половины не было полнымъ, а дѣло шло лишь о силь-



показало, что между правой атрезированной половиной матки и лѣвой проходимою нѣтъ никакого со- общения, хотя-бы даже микроскопическаго. Выздоровленіе гладкое. Въ маѣ 1910 г. больная, тѣмъ временемъ успѣвшая выйти замужъ, была беременна на 9-мъ мѣсяцѣ.

Рис. 35. Большой правосторонній гематосальпинксъ при гематометрѣ въ правой атрезированной половинѣ матки. Дѣвушка 19 л. начала менструировать на 16-мъ году, жалуется на сильныя боли внизу живота справа, особенно во время регулъ. При изслѣдованіи, справа воадъ матки найдена опухоль со сраусовое яйцо величину. Чревостъженіе 11 февр. 1908 г. Трудная ориентировка. Послѣ раздѣленія обширныхъ сросшей оказалось, что дѣло идетъ объ объемистомъ правостороннемъ гематосальпинксѣ воадъ *uterus bicornis unicolis* и объ умеренной правосторонней же гематометрѣ. Изслѣженіе правой половины внутренняго отдѣла полового аппарата вмѣстѣ съ гематометрой. Тщательная перитонизація. Обстоятельное изслѣдованіе удаленныхъ частей на серияхъ срѣзовъ

номъ стенозѣ слабо развитой шейки, такъ что каналъ послѣдней могъ быть найденъ лишь при тщательномъ микроскопическомъ изслѣдованіи. Такой каналъ былъ достаточенъ для проникновенія сѣмянныхъ нитей, но недостаточенъ для выхожденія развитого яйца. Клинически подобные случаи являются совершенно аналогичными случаямъ полной атрезіи шейки и большею частію описываются, какъ таковыя.



Травмъ никакихъ; coitus лишь однажды, за нѣсколько мѣсяцевъ до поступленія. Диагнозъ поставленъ на основаніи бимануальнаго изслѣдованія. 17 мая 1900 г. широкая инцизія ретенціоннаго мѣшка. Чезъ разрѣзъ вытекла почти цѣлая чашка черной, слизистой крови желто-коричневаго цвѣта. Затѣмъ была произведена резекція части мѣшка, и края раны зашиты. Выздоровленіе. (См. рис. 37).

Рис. 36. Двурогая двойная матка и, можетъ быть, двойное влагалище съ закрытіемъ отверстія въ лѣвой половинѣ и образованіемъ haematocolpos unilateralis. Можетъ быть, однако, лишь закрытіе лѣвой половины матки съ haematometрой. Въ послѣднемъ случаѣ надо думать, что кровь скопилась главнымъ образомъ въ сильно растянутой шейкѣ, и то мѣсто, которое на рисункѣ выглядит, какъ наружный зѣвъ, — на самомъ дѣлѣ представляеть собою внутренний зѣвъ. Дѣвица 20 лѣтъ, менструируетъ уже 3 года, но неправильно; уже 6 мѣсяцевъ боли въ лѣвой сторонѣ подчревной области.

По теченію беременность въ недоразвитомъ рогѣ похожа на внематочную, и при ней или наступаетъ разрывъ, — по большей части въ верхней части рудиментарнаго рога, — въ раннихъ мѣсяцахъ беременности, съ послѣдующимъ кровотеченіемъ и разсасываніемъ продуктовъ беременности или смертью матерю отъ кровотеченія; или беременность длится долѣе, съ разрывомъ или безъ него, приче-мъ



сь брюшиной. Материнской стороной плацента прикрѣплялась къ культѣ оторваннаго рудиментарнаго рога. Его остатокъ представлялъ изъ себя мясистый покровъ, изъ котораго мы вынули голову плода.

Больная перенесла операцію очень хорошо и, когда я ее увидѣлъ черезъ годъ, чувствовала себя вполне здоровой. Спустя нѣкоторое время, она опять забеременѣла и родила здороваго ребенка.

При формахъ двусторонняго недоразвитія, относящихся къ II и III группамъ, обѣ половины матки представляются въ видѣ сплошнаго рудимента, имѣющаго форму дуги или буквы Y. Отъ этого рудимента отходятъ сплошныя же рудиментарныя трубы. Яичники по большей части также недоразвиты, влагалище же совершенно отсутствуетъ (см. рис. 31). Распознать морфологическія подробности недоразвитія при помощи бимануальнаго исследования *per rectum* нельзя. Впрочемъ, это не имѣетъ никакого практическаго значенія.

Нерѣдко полное отсутствіе внутреннихъ половыхъ органовъ или, по крайней мѣрѣ, отсутствіе свойственныхъ послѣднимъ отправленій наблюдается у такихъ дѣвушекъ, которыя въ остальныхъ отношеніяхъ развиты вполне нормально, имѣютъ, напр., широкія бедра, хорошо сформированныя груди и пр. Наружныя половыя части у нихъ также могутъ быть совершенно нормальны, если не считать отсутствія *introitus vaginae*. По большей части у такихъ особъ имѣется широкое уретральное отверстіе, что ведетъ къ ошибкамъ при *coitus'f*. Кроме того здѣсь могутъ возникать ложныя предположенія вотъ почему: при тѣхъ дефектахъ половыхъ органовъ, когда отсутствуетъ *vagina*, уретра остается столь же широкою, какъ у плода, ибо промежутокъ между уретрою и заднепроходнымъ отверстіемъ остается незанятымъ половыми органами; далѣе, нижняя широкая часть уретры все еще представляетъ собою въ подобныхъ случаяхъ мочеполовую пазуху, отъ которой на образованіе вагины не пошло ничего. Обыкновенно уретральное отверстіе въ этихъ случаяхъ бываетъ окружено низкимъ, собраннымъ въ складки валикомъ изъ слизистой оболочки, который можетъ симулировать собою гимень.

Изъ всѣхъ симптомовъ, встрѣчающихся при этихъ порокахъ развитія, больная обыкновенно прежде всего обращаетъ вниманіе на аменоррею. Иногда при этомъ имѣютъ мѣсто викарныя мѣсячныя — въ видѣ кровотеченій изъ носа и другихъ органовъ. Иногда, особенно если остатокъ матки заключаетъ въ себѣ хотя-бы небольшую полость, у больныхъ имѣютъ мѣсто дисменорройныя припадки.

Казалось-бы, въ подобныхъ случаяхъ врачебное вмѣшательство не можетъ имѣть никакого примѣненія; однако, для него и тутъ доступны нѣкоторыя задачи. Периодическіе приступы дисменорреи прежде служили показаніемъ къ кастраціи (старѣйшее показаніе для этой операціи); въ настоящее время удаляютъ полый маточный рудиментъ, яичники же у больныхъ оставляютъ, дабы избавить ихъ отъ гораздо болѣе тягостныхъ кастраціонныхъ разстройствъ.

Если, далѣе, больная вступила или имѣетъ вступить въ бракъ, или если ея недостатокъ такъ отражается на психикѣ, что есть основаніе опасаться душевнаго разстройства, то можно попытаться сдѣлать, при помощи пластической операціи, между прямой кишкой и пузыремъ слѣпой мѣшокъ вродѣ влагалища<sup>1)</sup>. Schlesinger въ

1) Операція образованія такого искусственнаго влагалища принадлежитъ къ числу весьма трудныхъ и зачастую оканчивается неуспѣхомъ. Сравнительно легче, повидимому, при ней достигнуть цѣли, если выкроить искусственный рукавъ изъ передней стѣнки прямой кишки, какъ это предложено Суботинымъ и мною для образованія искусственной уретры (см. ниже мои примѣчанія къ настоящей главѣ и къ гл. XXII). Такая операція съ успѣхомъ была выполнена въ одномъ случаѣ проф. Федоровымъ, въ Варшавѣ. В. Г.

погибшій плодъ подвергается впослѣдствіи нагноенію или превращенію въ *litopaedion*; или, наконецъ, беременная погибаетъ въ концѣ беременности при явленіяхъ шока или септицеміи.

Такіе случаи являются предметомъ врачебнаго наблюденія и внимательства обычно лишь тогда, когда произошелъ разрывъ, нагноеніе или обызвествленіе плода, до того же времени беременность въ рудиментарномъ рогѣ обыкновенно проходитъ незамѣченною.

При нагноеніи удаленіе продуктовъ беременности можетъ быть достигнуто довольно безопаснымъ способомъ. Надо или расширить образовавшіеся уже гнойные ходы въ брюшной стѣнкѣ, стѣнкахъ гесті или влагалища, или вскрыть мѣшокъ со стороны рукава, или расширить рудиментарный каналъ въ шейкѣ; если же это почему-либо окажется невозможнымъ, то надо сдѣлать чревосѣченіе, вшить беременный рогъ въ рану, или произвести его опорожненіе экстраперитонеально.

При угрожающемъ кровотеченіи послѣ разрыва, а также въ случаѣ образованія *litopaedion*'а слѣдуетъ также прибѣгнуть къ чревосѣченію, удалить плодъ съ оболочками и ампутировать рудиментарный рогъ изолированно или, если это технически будетъ черезчуръ за-



Рис. 37. Стѣнка ретенціоннаго мѣшка въ случаѣ, изображенномъ на рис. 36. Слизистая оболочка имѣетъ папиллярное строеніе, но покрыта лишь однослойнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ. Это заставляетъ думать, что препаратъ взятъ изъ шейки матки, и что въ случаѣ, изображенномъ на рис. 36, шло дѣло лишь о двойной маткѣ, а не о раздвоеніи и матки, и рукава. Широкая часть кровяного резервуара на рис. 36 представляетъ собою, стало быть, шеечный каналъ, узкая — полость тѣла матки, а мѣсто перехода — внутренний зѣвъ.

труднительно, вмѣстѣ съ другимъ рогомъ матки. Если, далѣе, у больной, страдающей разбираемымъ порокомъ развитія, будетъ распознана продолжающаяся беременность въ раннихъ мѣсяцахъ, то слѣдуетъ рѣшить вопросъ, имѣетъ-ли она мѣсто въ развитомъ рогѣ, или въ атрезированномъ resp. сильно стенозированнымъ. При рѣшеніи послѣдняго вопроса иногда приходится прибѣгать къ зондированію, — разумѣется, не безъ риска прервать беременность; при осторожномъ зондированіи, впрочемъ, рискъ этотъ неособенно великъ. Если будетъ распознана атрезія или сильная степень стеноза беременнаго рога, то слѣдуетъ немедленно произвести чревосѣченіе и удалить послѣдній.

Примѣръ: 30-лѣтняя, вполне здоровая женщина, рожавшая уже два раза (въ апр. 1886 и въ авг. 1887 г.), забеременѣла въ третій разъ въ 1889 г. Въ

концѣ октября 1889 г. вдругъ появились признаки разрыва плоднаго мѣшка, послѣ чего развилось тяжелое заболѣваніе, тянувшееся нѣсколько мѣсяцевъ. Въ концѣ января 1890 г. наступила смерть плода; 5 марта отошли оболочки, что сопровождалось сильными кровотеченіемъ; въ срединѣ марта излились въ довольно значительномъ количествѣ околоплодные воды. Въ ноябрѣ 1890 г. больная опять обратилась ко мнѣ; я опредѣлилъ беременность и нашелъ, что около матки, увеличенной соответственно пятому мѣсяцу беременности, въ лѣвой подчревной области лежитъ еще какъ-бы вѣматочный плодъ въ первомъ поперечномъ положеніи. Такъ какъ, однако, у больной не наблюдалось никакихъ особенныхъ разстройствъ, то я поставилъ діагнозъ маточной беременности, что и оправдалось: 22 февраля 1891 г. у больной родился въ моей клиникѣ живой плодъ, для извлеченія котораго пришлось прибѣгнуть къ щипцамъ. Послѣродовой періодъ протекъ нормально. Послѣ этого больная уѣхала на родину, гдѣ кормила ребенка сама. Въ августѣ у нея появились регулы, но такъ какъ онѣ отсутствовали въ сентябрѣ и октябрѣ, то пациентка опять обратилась ко мнѣ, полагая, что она беременна. Ея предположеніе, однако, не оправдалось: при изслѣдованіи я нашелъ, что матка нормальна, лежитъ немного вправо и нѣсколько ретровертирована.

Въ 1891 г., 29 октября, у больной было произведено оперативное удаление внутрибрюшинно расположеннаго плода путемъ чревосѣченія. При операціи оказалось, что сальникъ вездѣ сросенъ; плодъ находится въ первомъ поперечномъ положеніи, какъ и было распознано раньше; при помощи безчисленныхъ, частію сильно васкуляризованныхъ тяжей и перепонокъ онъ сросенъ съ окружающими частями: со стѣнками живота, съ кишками и брыжейкой. Сплюснутая головка отчасти покрыта мясистымъ покровомъ, сросеннымъ съ ней довольно слабо; за то онъ крѣпко спаянъ съ паріетальной брюшиной лѣвой подчревной области.

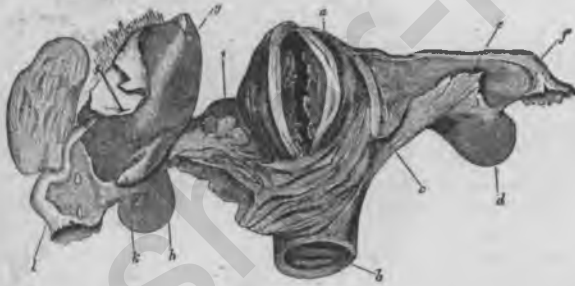


Рис. 38. Uterus duplex съ атрезированнымъ правымъ рогомъ; разрывъ его на 3-емъ мѣсяцѣ беременности; a — uterus sinister, b — portio vaginalis et vagina, c — lig. rotund. sin., d — ovarium sinisterum, e — lig. ov. pelv. sin., f — tuba sin., g — uterus dexter, h — ov. dextr., i — часть соединяющая обѣ матки, k — lig. rot. dextr., l — tuba dextra; на краю съ лѣвой стороны плодъ въ водной оболочкѣ. Препаратъ изъ музея Юрьевской гинекологической клиники — тотъ самый, который описанъ В е h s e въ его диссертациі, въ 1852 г., въ качествѣ примѣра трубной беременности. К u s s t a u l въ 1859 г. правильно отнесъ его, на основаніи описанія и изображенія препарата, къ беременности въ рудиментарномъ, придаточномъ рогѣ матки. Такъ какъ въ монографіи К u s s t a u l'я изображеніе препарата, однако, несовсѣмъ вѣрно, то я счелъ долгомъ еще разъ срисовать съ натурь этотъ замѣчательный препаратъ.

Плацента, сплюснутая въ шаръ, сросена со скомканнымъ тѣломъ зародыша по брюшной его кривизнѣ. Противоположная ей часть находится еще въ естественной связи съ мѣстомъ первоначальной прививки плода. Мѣсто это лежитъ въ тазу и представляетъ собою толстую мясистую массу, соединенную съ лѣвой широкой связкой. Послѣ того, какъ это мѣсто было удалено и тщательно изслѣдовано, мы признали въ немъ остатокъ лопнувшего лѣваго рога матки. Круглая связка и lig. ovarii идутъ съ периферической стороны остатка околоплоднаго мѣшка. Лѣвый яичникъ нормальной величины. Правая часть матки имѣетъ довольно широкое дно. Раздѣленіе обоихъ роговъ происходитъ, вѣроятно, на высотѣ внутренняго зѣва.

Плодъ сильно сжать; черепъ сплюснуть, кости черепного свода заходятъ другъ за друга; конечности сильно прижаты къ туловищу, лѣвая верхняя конечность вывихнута. Зародышъ покрытъ лишь тонкой пленкой изъ яйцевыхъ оболочекъ или одного лишь амніона. Пленка эта мало васкуляризирована и сросена

одномъ случаѣ устроилъ такое, по его мнѣнію вполне достаточное для coitus'a, влагалище, расщепивъ тупымъ путемъ ректовезикальную стѣнку. Я примѣнилъ выстиланіе такого углубленія слизистой оболочкой, въ одномъ случаѣ взятой изъ входа во влагалище, въ другомъ — изъ малыхъ губъ. Подобное выстиланіе гарантируетъ новообразованный рукавъ отъ послѣдующаго заростанія. Въ другихъ случаяхъ нѣчто вроде влагалища создается безъ всякаго врачебнаго вмѣшательства, частыми попытками къ половому сношенію; я видѣлъ многихъ женщинъ, у которыхъ существовалъ полный дефектъ внутреннихъ половыхъ органовъ; тѣмъ не менѣе, благодаря постояннымъ попыткамъ къ половому сношенію, повторявшимся въ теченіе многихъ лѣтъ, у нихъ въ концѣ концовъ introitus vaginae превращался въ слѣпой мѣшокъ, имѣвшій длину вполне достаточную для полового сношенія.

### 3. Пороки развитія одного только влагалища.

Между тѣмъ какъ Nagel держится того взгляда, что удвоенія влагалища лишь тогда слѣдуетъ относить къ порокамъ развитія, когда они сопряжены съ аналогичными уродствами матки, Mag-schland, на основаніи одного наблюдавшагося имъ случая и цѣлаго ряда подобныхъ же случаевъ, опубликованныхъ въ печати, думаетъ, что удвоенія влагалища при простой маткѣ могутъ быть результатами порочнаго развитія, и что для нихъ не подходитъ объясненіе, будто двойной рукавъ происходитъ изъ простаго, благодаря процессамъ воспаленія и слипанія въ эмбриональной жизни. Уродства эти должны быть отнесены къ группѣ II приведенной выше классификаціи.

Нерѣдко въ рукавѣ наблюдаются мясистыя перепонки, толщиной приблизительно въ палецъ, идущія въ сагиттальномъ направленіи. Раньше ихъ считали непрѣнными признаками удвоенія. Теперь же стоитъ внѣ сомнѣнія, что перепонки эти образуются уже послѣ сформированія полового аппарата, путемъ слипанія передней и задней стѣнокъ влагалища (Nagel). Въ практическомъ отношеніи подобныя перегородки имѣютъ такое же значеніе, какъ и перемычки въ маткѣ при uterus biforus (см. выше).

Уничтоженіе такихъ перегородокъ бываетъ необходимо иногда для облегченія половыхъ сношеній.

Въ большинствѣ случаевъ пороки развитія влагалища являются въ видѣ частичныхъ атрезій, при нормальномъ развитомъ въ прочихъ отношеніяхъ половомъ аппаратѣ. Атрезіи эти чаще всего наблюдаются въ нижнемъ отдѣлѣ рукава или непосредственно за hymen'омъ.

Такъ называемыя гименальныя атрезіи de facto тоже почти всегда представляютъ собою ничто иное, какъ атрезіи нижняго отдѣла влагалища, какъ я утверждалъ это уже раньше. По большей части, въ этихъ случаяхъ хорошо развитой гимень склеивается съ атрезированнымъ участкомъ вагины, который является въ формѣ перепонки, растянутой и истонченной скопившейся выше ея кровью. Такимъ образомъ ихъ правильнѣе будетъ называть ретрогименальными атрезіями.

Врожденность этой аномаліи вполне понятна, въ особенности, если принять во вниманіе, что эти атрезіи появляются лишь послѣ образованія полового тракта.

Такъ какъ влагалище остается дольше всѣхъ остальныхъ половыхъ частей неполнымъ, просвѣтъ котораго сплошь выполненъ тѣсно соприкасающимися клѣтками, то, конечно, вполне естественно допустить, что въ нижней его части центральныя клѣтки могутъ не распасться; вслѣдствие этого сказанный отдѣлъ остается неполнымъ, получивъ еще притомъ подкрѣпленіе со стороны мезодермы.

Nagei, Veit и R. Meyer считаютъ эти атрезіи не за результатъ порочнаго развитія, а за результатъ воспаления, развивающагося уже во время внѣутробной жизни. Объясненіе это приложимо къ извѣстному числу атрезій, но не ко всѣмъ имъ.

Атрезіи, которыя захватываютъ все влагалище или значительную часть влагалищной трубки, слѣдуетъ считать пороками развитія лишь тогда, когда онѣ сопряжены съ пороками развитія (раздвоеніемъ) матки (Nagei). Такъ, напр., полные, несомнѣнно обязанные своимъ происхожденіемъ порочному развитію, дефекты влагалища всегда являются сочетанными съ аномаліями матки<sup>1)</sup>.

Примѣръ: дѣвушка 16 лѣтъ, никогда не менструировавшая, кретиническое, неразвитое существо, безъ щитовидной железы.

Нѣсколько мѣсяцевъ тому назадъ у ней было произведено чревосѣченіе по случаю опухоли въ подчревной области, опухоль вскрыта и дренирована черезъ пузырь, со стороны же брюшины зашита. Содержала она тягучую, старую, черную кровь. Съ нѣкотораго времени опухоль опять стала увеличиваться.

Ислѣдованіе подъ наркозомъ: uterus bicornis unicollis, haematometra duplex, полное отсутствіе влагалища.

Вышеупомянутое отверстіе въ пузырь закрылось.

Абдоминальная экстирпація матки была отвергнута, а сдѣлана кастрація, и вшитъ въ брюшную рану тотъ рогъ матки, который былъ уже вскрытъ раньше. Спустя 14 дней, черезъ этотъ рогъ была опорожнена матка. Вытекла черная, тягучая кровь. Оба рога матки опорожнились отъ своего содержимаго, и рана скоро зажила. Больная была еще ислѣдована черезъ 1 и 2 года: полное выздоровленіе; матка прощупывалась за брюшными стѣнками въ видѣ U-образнаго тѣла.

Всѣ эти атрезіи даютъ о себѣ знаніе лишь при наступленіи половой зрѣлости; къ врачу обращаются лишь тогда, когда за зарощеннымъ мѣстомъ скопилось уже большое количество крови отъ многихъ менструацій, и когда пациентка начинаетъ ощущать опухоль въ животѣ и боли вслѣдствіе растяженія полового канала.

Если отсутствуетъ все влагалище или большая его часть, то задержанная менструальная кровь растягиваетъ матку на подобіе шара. Если же зарощены нижнія части влагалища, или если имѣется atresia humenalis, то мѣстомъ скопленія крови дѣлается vagina. Растяженіе влагалища можетъ быть такъ велико, что влагалищные своды далеко уходятъ вглубь брюшной полости.

При зарощеніи верхнихъ отдѣловъ влагалища обыкновенно бываетъ haematometra, при зарощеніи нижнихъ — haematocolpos. Въ послѣднемъ случаѣ матка прилежитъ къ ретенціонной опухоли въ видѣ маленькаго придатка, причемъ иногда ее бываетъ трудно прощупать.

При постановкѣ діагноза, въ подобныхъ случаяхъ слѣдуетъ имѣть въ виду

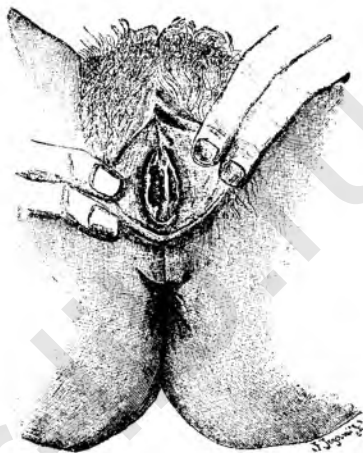


Рис. 39. Huten duplex больной 21 года.

1) Lewinski. Die Atresien der unteren Hälfte der Vagina, ihre Aetiologie und Symptomatologie. Diss. Breslau. 1909.

анамнезъ. При бимануальномъ изслѣдованіи *per rectum*, для этихъ случаевъ довольно характерными являются чрезвычайно симметричное положеніе опухоли и довольно твердая ея консистенція.

Терапія влагалищныхъ атрезій въ тѣхъ случаяхъ, когда просвѣтъ влагалища закрытъ лишь тонкой, притомъ низкосидящей перепонкой, очень проста: слѣдуетъ лишь разсѣчь послѣднюю въ продольномъ направленіи и выпустить черную, сгустившуюся кровь. Опорожненію ретенціонной опухоли отнюдь не слѣдуетъ способствовать



Рис. 40.



Рис. 41.

Рис. 40. Двойной рукавъ съ одиночною маткой. Дѣвушка 22 лѣтъ, умершая отъ мозговой опухоли. Оба рукава вполнѣ раздѣлены вплоть до мѣста въ непосредственной близости отъ *portio vaginalis*; въ этомъ мѣстѣ, отмѣченномъ на рисункѣ крестикомъ, она соединяются между собою. Гимень двойной. (По рисунку *Marchand'a*).

Рис. 41. *Vagina septa*. Для лучшаго обозрѣнія препарата, онъ растянута крючками. *Septum* находится спереди за мочеиспускательнымъ отверстиемъ. Диаметръ его въ этомъ мѣстѣ равенъ 4 сант., а сзади — 8 сант. Въ вертумъ имѣется овальное отверстие съ узкими краями. Пациентка 31 г. У ней былъ 1 разъ выкидышъ, а разъ она родила въ срокъ безъ врачебнаго вмѣшательства (Стереоскопическій атласъ *Loebinger'a*, *Küstner'a* и *Neisser'a*).

назначеніемъ препаратовъ *secalis cornuti* или примѣненіемъ термическихъ раздраженій, какъ, напр., пузыря со льдомъ или горячаго душа; особенно же слѣдуетъ избѣгать введенія какой-бы то ни было жидкости въ ретенціонный мѣшокъ. Сгустившаяся кровь не заключаетъ въ себѣ влагалищныхъ микроорганизмовъ, поэтому въ ней нечего дезинфицировать. Отъ послѣдующаго зарощенія разрѣзъ сохраняется при помощи цѣлесообразнаго наложенія швовъ. Если запиравшая рукавъ перегородка очень тонка, то путемъ прижиганія краевъ раны каленымъ желѣзомъ мы получаемъ струпъ, подъ которымъ уже черезъ нѣсколько дней образуется эпителиальный покровъ.

Если, далѣе, слой ткани, запирающей кровяной мѣшокъ снизу, очень толстъ, т. е., другими словами, если существуетъ полный или частичный дефектъ влагалища, то операція становится болѣе сложной, а иногда чрезвычайно трудной. Сдѣлавъ тогда поперечный

разрѣзъ въ нѣсколько сантиметровъ шириною, проникають пальцемъ или тупымъ орудіемъ въ соединительной ткани между rectum и пузыремъ вплоть до кровяного мѣшка, послѣ чего разрѣзываютъ послѣдній или прокалываютъ троакаромъ.

Полученный такимъ образомъ каналъ предохранить отъ зарощенія очень трудно. Многократное введеніе канюль и дилатация тупымъ путемъ оказывается въ концѣ концовъ напрасной. Хорошій результатъ даетъ лишь выстиланіе канала трансплантированной слизистой оболочкой или вшиваніе въ края наружной раны верхняго влагалищнаго сегмента, если таковой существуетъ.

Въ случаяхъ, гдѣ атрезія достигаетъ такой степени, что нельзя проложить себѣ дорогу до самой матки, или гдѣ нѣтъ надежды удержать продѣланный каналъ отъ облитерации, а между тѣмъ у большой имѣются функционирующіе, т. е. овулирующіе яичники, дальнѣйшему накопленію менструальной крови въ маткѣ можно воспрепятствовать путемъ удаленія яичниковъ. Во время этой операциі попутно можно или удалить гѣматометру, или сдѣлать разрѣзъ въ верхней ея части и вшить края разрѣза въ брюшную рану. Лучше удалить гѣматометру *per abdomen* и оставить хотя часть яичника.

Нерѣдко у женщинъ, имѣющихъ въ остальныхъ отношеніяхъ нормально развитыя половыя части, попадается сагиттальная перегородка гимена. Происходитъ она точно такъ же, какъ и аналогичная перепонка, раздѣляющая нижнія части *vaginae*.

При полномъ удвоеніи женскаго полового канала гимень тоже бываетъ двойной. При полномъ же дефектѣ полового канала гимень отсутствуетъ.

Въ цѣломъ рядѣ случаевъ я наблюдалъ присутствіе гимена при аплазії внутреннихъ половыхъ органовъ, сопряженной съ зарощеніемъ влагалища и матки; и здѣсь атрезія является вторичнымъ явленіемъ, т. е. она зависитъ не отъ того, что половой тяжъ не получаетъ просвѣта и остается сплошнымъ, а отъ того, что образовавшійся уже просвѣтъ вторично зарастаетъ.



Рис. 42. *Atresia hymenalis (retrohymenalis)*. Гимень собранъ въ ясно выраженную складку. Какъ и въ большинствѣ случаевъ, здѣсь зарощеніе образовано не гименемъ, а болѣе или менѣе толстой соединительнотканной перепонкой, къ которой гимень лишь прилегаетъ спереди. Больная 14 лѣтъ, никогда не менструировала; уже годъ страдаетъ болями въ животѣ; послѣднее время каждыя четыре недѣли боли ожесточаются. Диагнозъ — *haematocolpos* и *haematometra*. 25 февраля 1878 г. было сдѣлано разсѣченіе зарощенія. Вытекла черная, смолообразная кровь. Больная выздоровѣла. (Случай *Schultze* въ Іенской клиникѣ).

**1. Пороки развитія, заключающіеся въ сохраненіи внутренними половыми органами тѣхъ состояній, которыя свойственны имъ уже послѣ того, какъ они изъ парныхъ сдѣлались непарными и полыми, но еще не достигли полного развитія (группа IV).**

Зсюда надо причислить тѣ случаи, когда внутренніе половые органы останавливаются на зародышевой или дѣтской ступени развитія. Первое состояніе можетъ переходить во второе, т. е. уже во время вѣтробной жизни зародышевые органы могутъ достигать величины дѣтскихъ. Обыкновенно въ этомъ недоразвитіи участвуетъ весь половой трактъ, хотя и не всѣ его части въ одинаковой степени. Обыкновенно, далѣе, помимо половой сферы недоразвитіе наблюдается и въ другихъ органахъ, особенно въ сосудистой и костной системахъ. Вышесказанное относится къ особамъ съ слабо выраженнымъ женскимъ типомъ, худосочнымъ, слабо-сильнымъ дѣвушкамъ съ плохо развитыми грудями и жировымъ слоемъ, имѣющимъ обществуемый тазъ, малое сердце, узкую аорту, каковыя аномаліи, вмѣстѣ взятыя, создаютъ почву для продолжительнаго хлороза.

Въ половой сферѣ у подобныхъ женщинъ обращаетъ прежде всего наше вниманіе бѣдный жировой подкладкой и волосами *mons pubis*; большія губы такъ малы, что не прикрываютъ собою даже преддверія; влагалище узко и не имѣетъ складокъ; влагалищная часть матки мала и часто имѣетъ еще дѣтское, папиллярное строеніе. Матка также мала, и полость ея не достигаетъ даже 7 сант. Шейка значительно длиннѣе тѣла, въ полости котораго часто можно еще констатировать развитленія *arboris vitae*. Точно такъ же малы и неразвиты яичники<sup>1)</sup>.

Согласно изслѣдованіямъ Freund'a, къ характернымъ признакамъ рано остановившагося развитія половой сферы нужно отнести еще значительную глубину задняго Douglas'ова кармана, свойственную зародышамъ и новорожденнымъ. Значительная глубина маточно-пузырной впадины тоже указываетъ на эмбриональное состояніе половой сферы.

Весьма своеобразно проявляется недоразвитіе трубъ, которыя въ подобныхъ случаяхъ довольно сильно извиты (имѣютъ 6—7 спиральныхъ оборотовъ). Извитость эта обыкновенно сопровождается эмбриональной узкостью трубногo проsvѣта, что, по Freund'у, ведетъ къ дальнѣйшимъ болѣзненнымъ измѣненіямъ.

*Corpus uteri infantilis* находится въ самыхъ различныхъ положеніяхъ. Нерѣдко оно бываетъ ретрофлектировано и ретровертировано, что аналогично, какъ я указалъ выше, недостаточному опусканію яичекъ у мужчинъ. Въ такихъ случаяхъ Hunteговскія связки не притягиваютъ матку въ ея нормальную антефлексію, верхніе же отдѣлы этихъ связокъ, — *ligg. ovarii*, — держатъ яичники выше нормы, вблизи отъ мѣста ихъ первоначальнаго расположенія. Изъ этого выпрямленнаго эмбриональнаго положенія, благодаря давленію брюшнаго пресса, матка легко можетъ перейти въ ретроверзію и ретрофлексію.

Однако встрѣчаются зародышевыя и дѣтскія матки, въ которыхъ тѣло органа перегнуто, по отношенію къ шейкѣ, подъ острымъ угломъ. Подобная остроугольная антефлексія опять-таки соответствуетъ той формѣ матки, какую послѣдняя часто имѣетъ у зародышей и дѣтей.

Наиболѣе рѣзкіе симптомы недостаточнаго развитія наблюдаются со стороны половой сферы.

1) Весьма возможно, какъ это думаетъ Pollak, — что именно въ этомъ-то недоразвитіи яичниковъ и кроется причина недоразвитія матки, которое является, такимъ образомъ, состояніемъ послѣдовательнымъ. В. Г.



Мѣсячныя или вовсе не наступаютъ, — что бываетъ при *uterus foetalis*, — или же приходятъ весьма поздно, — что бываетъ при менѣе рѣзкихъ порокахъ развитія. Количество крови при этомъ весьма незначительно. Перерывы между мѣсячными могутъ длиться цѣлые годы. Весьма часто больныя жалуются на постоянныя боли въ крестцѣ и на чувство давленія въ глубинѣ таза. Явленія эти я долженъ былъ зачастую относить къ метриту и эндометриту: дѣло въ томъ, что и здѣсь остается въ полной силѣ то общее правило, что воспалительныя болѣзни тѣмъ легче возникаютъ и тѣмъ труднѣе излечиваются, чѣмъ менѣе развитъ органъ и чѣмъ меньше его сопротивляемость вреднымъ вліяніямъ<sup>1)</sup>. Катарръ матки возникаетъ у подобныхъ больныхъ или самопроизвольно, или же подъ вліяніемъ мастурбации, причемъ обычно болѣзнь сравнительно очень скоро распространяется и на трубы, а также на периметрій.

Если такого рода женщины вступятъ въ бракъ, какъ это нерѣдко случается, подъ вліяніемъ постороннихъ совѣтовъ, то недоразвитіе половой сферы сказывается бесплодіемъ<sup>2)</sup>. Въ подобныхъ случаяхъ больныя ѣздятъ отъ врача къ врачу, съ одного курорта на другой, лишь-бы только осчастливить своего супруга ребенкомъ. Если, какъ это нерѣдко бываетъ при *uterus infantilis*, — у больной наступитъ беременность, то она можетъ легко кончиться выкидышемъ<sup>3)</sup>. Плохо развитая *decidua* позволяетъ въ этихъ случаяхъ ворсинкамъ хоріона проникать до мускулатуры, результатомъ чего является или кровотеченіе, или сокращенія матки безъ такового.

Въ терапевтическомъ отношеніи тутъ можно сдѣлать лишь очень немного. Еще довольно хорошіе результаты даетъ леченіе по отношенію къ катарру матки: железистыя купанья, рукавные души изъ простой воды или изъ воды, содержащей угольную кислоту, пребываніе въ горахъ и соответственное питаніе могутъ иногда повести къ устраненію хотя симптомовъ болѣзни. Въ подходящихъ случаяхъ можно испробовать оофоринъ и тиреоидинъ<sup>4)</sup>.

Очень часто въ практикѣ встрѣчаются аплазіи половыхъ частей менѣе значительныхъ степеней. Здѣсь, собственно, нѣтъ настоящаго инфантилизма. Однако матка у такихъ больныхъ представляется меньше нормы, а равно и яичники; рукавъ немного уже и короче обыкновеннаго. Напротивъ, наружныя половыя части, и въ

1) Состояніе маточной мускулы при недоразвитіяхъ матки было, въ недавнее время, предметомъ работы Schaeffer'a, который нашелъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ гипоплазію матки атрофію слизистой оболочки, въ другихъ — гиперпластическій эндометриту. В. Г.

2) Иногда, впрочемъ, въ такомъ случаѣ половая сфера женщины, подъ вліяніемъ половой жизни, заканчиваетъ циклъ своего развитія. В. Г.

3) За то слѣдующая беременность нерѣдко доходитъ до конца, такъ какъ, хотя первая беременность и кончается выкидышемъ, — все-же обусловленная ею гипертрофія устраняетъ анатомическіе признаки инфантилизма. В. Г.

4) При недоразвитіи матки, осложненномъ остроугольной антефлексіей, мнѣ не разъ приходилось видѣть хорошіе результаты отъ редрессаціи матки бужами Негатта. Послѣ этой маленькой операциі больныя нерѣдко избавлялись и отъ бесплодія, и отъ болевыхъ припадковъ, а мѣсячныя приобрѣтали у нихъ болѣе правильный типъ. Результаты эти я объясняю не только устраненіемъ стеноза, обычно сопровождающаго антефлексію, но и тѣмъ, что съ устраненіемъ антефлексіи питаніе матки становится болѣе правильнымъ, а потому она получаетъ возможность функционировать нормально. В. Г.

частности лобокъ, бываютъ хорошо развиты, точно такъ же, какъ груди и весь вообще женскій habitus. Менструація у подобныхъ женщинъ нерѣдко бываетъ вполне нормальна, хотя иногда мѣсячныя запаздываютъ, а иногда наблюдается дисменоррея. Единственнымъ функциональнымъ разстройствомъ, сопровождающимъ подобныя аплазии, является неспособность женщины къ зачатію, бесплодіе.

Относительно терапіи такихъ случаевъ см. главы XI и XXVI.

## II. Пороки развитія мочевого пузыря, уретры, наружныхъ половыхъ органовъ и прямой кишки.

Пороки развитія женскаго мочевого пузыря и уретры обуславливаются незакрытіемъ этихъ органовъ, т. е. тѣмъ, что отсутствуетъ или вся передняя стѣнка этихъ органовъ, или ея часть, причемъ края дефекта срослены съ соответствующими краями брюшныхъ покрововъ (эписпадія). При высшихъ степеняхъ этой аномаліи бываетъ расщеплено все, что въ животѣ зародыша получаетъ свое начало отъ аллантоиса, а именно urachus (lig. vesicae medium), пузырь и уретра; пупокъ при этомъ совершенно отсутствуетъ, лонное сочлененіе тоже расщеплено; расщепленнымъ является весьма часто и половой трактъ отъ morsus diaboli до introitus vaginae (uterus et vagina didelphys). Задняя стѣнка расщепленныхъ мочевыхъ органовъ смотритъ наружу интенсивно красною слизистою оболочкой, выступающій участокъ которой имѣетъ круглую или овальную форму. Нерѣдко она выпячивается впереди нѣсколькими бугристыми возвышеніями. Бугры эти получаютъ вслѣдствіе того, что кишечныя петли лежатъ непосредственно позади пузырной стѣнки. На вершинѣ двухъ подобныхъ возвышеній открываются оба уретера. Если сжать у основанія опухоль, образованную пузыремъ, то отверстія мочеточниковъ становятся легко замѣтными вслѣдствіе того, что черезъ нихъ будетъ бить струйками моча.

При менѣе значительномъ недоразвитіи отсутствуетъ или лишь передняя стѣнка пузыря, или только urachus (lig. vesico-umbilicale), или послѣдній открывается въ пупокъ, образуя мочевую фистулу (послѣднее наблюдается нерѣдко при врожденномъ закрытіи уретры).

Аномаліи эти происходятъ, вѣроятно, вслѣдствіе того, что желточный ходъ производитъ влеченіе на аллантоисъ; тогда та часть послѣдняго, которая находится внутри плода, отодвигается къ периферіи и раздѣляетъ обѣ брюшныя стѣнки, не позволяя имъ сростись между собою; мочевой же пузырь, лишившись опоры спереди, подъ давлениемъ скопившейся мочи лопается (A hlfeld).

Это объясненіе дѣлаетъ понятнымъ, почему при высшей степени этой аномаліи въ незакрытый пузырь открываются одно или два кишечныхъ отверстія. Благодаря влеченію со стороны пупочнаго хода, и передняя часть кишечной стѣнки разрушается. При этомъ, если имѣется только одно ненормальное кишечное отверстие, то оно находится обычно въ ileosacal'номъ участкѣ кишки, если же два, то второе находится въ стѣнкѣ flexurae sigmoideae.

Осложненія разбираемаго порока развитія ненормальными кишечными отверстиями и образованіемъ uteri didelphydis мы наблюдаемъ лишь у новорожденныхъ, умирающихъ векорѣ послѣ рожденія; если же этихъ осложненій нѣтъ, то внѣтробная жизнь возможна даже при самыхъ высокихъ степеняхъ сказаннаго уродства. Поло-

женіе подобныхъ больныхъ чрезвычайно тягостно. Они являются несчастнѣйшими въ мірѣ существами вслѣдствіе постоянного непроизвольнаго вытекания наружу выдѣлений, неизбѣжнаго пораженія окружающихъ частей экземой и трудности сохранить стоячее положеніе, благодаря раздвоенію симфиза; послѣднее обстоятельство влечетъ за собою еще гиперлордозъ въ области поясничныхъ позвонковъ. Для такихъ больныхъ придуманы соответственные мочеприемники. Пластическія операціи не даютъ почти никакихъ результатовъ, осо-



Рис. 43. Брюшнопузырная шель. Эктопія пузыря. Въ стѣнкѣ пузыря открываются два ненормальныхъ кишечныхъ отверстія, изъ которыхъ въ одно инвагинирована тонкая кишка въ видѣ длиннаго колбасообразнаго тѣла. Кроме того, на рисункѣ видны еще ягодицы и перевязанный остатокъ пуповины съ широкой пупочной грыжей. Ребенокъ родился 28 марта 1895 года, вѣсилъ 2100 гр., жилъ 9 дней. При вскрытіи было обнаружено, что одно изъ кишечныхъ отверстій открывается въ ileum, а другое — въ слѣпой кишечный мѣшокъ, похожій на gestum. Лонное сочлененіе раздвоено, наружные половые органы, а также officium ani, — совершенно отсутствуютъ. Подъ лѣвой почкой находится яичко, влѣво отъ него имѣется такого же рода, но гораздо меньшее тѣлце, котораго положеніе аналогично положенію перваго. (Стереоскопическій атласъ Küstner-Neissera).

бенно, если онѣ примѣнены въ болѣе позднемъ возрастѣ: можно лишь закрыть дефектъ кожей изъ сосѣднихъ частей.

Если больные обращаются къ врачебной помощи въ дѣтскихъ годахъ, до слѣдуетъ, по предложенію Trendelenburg'a, попытаться закрыть расщепленіе симфиза оперативнымъ путемъ, что облегчаетъ въ дальнѣйшемъ устраненіе дефекта въ пузырь<sup>1)</sup>.

1) Проф. М. С. Субботинъ предложилъ для подобныхъ больныхъ въ высшей степени остроумную операцію, которая, по справедливости, должна быть занесена въ лѣтописи хирургіи подъ названіемъ „Субботинской“. Операція эта состоитъ въ томъ, что незакрытый пузырь сначала сообщается съ нижней частью гесті при помощи свища; затѣмъ изъ передней стѣнки гесті выкраивается лоскутъ, верхушка котораго лежитъ выше свища, а нижняя часть оканчивается въ области заднепроходнаго отверстія, захватывая sphincter ani externus; изъ этого лоскута образуется трубка, представляющая собою искусственную уретру, остальныя же, заднія части прямой кишки идутъ на постройку нѣсколько суженной противъ нормы ректальной трубки; наконецъ возстановляется цѣлость пузыря, для чего операторъ пользуется покровами окружающихъ частей. Произведенная проф. Субботинымъ въ одномъ случаѣ эктопіи пузыря операція эта дала блестящіе результаты: больной получилъ полную возможность задерживать мочу и мочиться произвольно. Помимо разбираемаго порока развитія, встрѣчающагося, къ счастью,

Менѣ значительныя степени расщепленія пузыря носить названія *fissura vesicalis superior et fissura inferior*, въ зависимости отъ того, лежить-ли мѣсто дефекта ближе къ пупку, или къ уретрѣ. При этомъ уретра можетъ существовать, а симфизъ можетъ быть нерасщепленнымъ. Обыкновенно въ подобныхъ случаяхъ уретра открывается передъ раздвоеннымъ клиторомъ, ближе къ животу. Если недостаетъ большей части передней стѣнки уретры, то пузырь выпадаетъ черезъ широкое отверстіе послѣдней. Самую низшую степень эписпадіи представляетъ тотъ случай, когда клиторъ раздвоенъ, но передъ нимъ открывается нормально развитая уретра.

Объясненіе, данное Ahlfeld'омъ, является приложимымъ и къ низшимъ степенямъ эписпадіи; однако очень вѣроятно, что выпячиваніе части пузыря или *gachus'a* между несросшимися брюшными стѣнками и разрывъ пузыря обуславливаются еще и другими моментами, а не только однимъ вышеуказаннымъ влияніемъ желточного хода.

Закрытіе дефекта пластическимъ путемъ тѣмъ легче, чѣмъ онъ меньше.

Уродства наружныхъ половыхъ органовъ женщины состоятъ или въ неправильномъ образованіи *sinus urogenitalis*, или въ неправильномъ отношеніи мочеполовой пазухи къ пузырю, влагалищу и прямой кишкѣ, или, наконецъ, въ извращеніи женскаго типа и приближеніи къ мужскому.

Аномалія, состоящая въ томъ, что *sinus urogenitalis* остается въ первоначальной формѣ или же подвергается лишь незначительнымъ измѣненіямъ, извѣстна подъ названіемъ женской гипоспадіи. Она обуславливается тѣмъ, что *septum urethro-vaginale* совершенно не образуется, что случается обыкновенно тогда, когда какая-нибудь причина препятствуетъ глубокому востанію влагалища. Въ подобныхъ случаяхъ разбираемая ненормальность является однимъ изъ проявленій общаго порока развитія всей половой сферы. При ней пузырь, снабженный уретрой или лишенный ея, открывается выше нормы, въ *canalis urogenitalis*, образующій родъ короткаго влагалища; равнымъ образомъ и клиторъ сохраняетъ тогда типъ первоначальнаго полового бугорка, будучи раздѣленъ въ задней своей части. Такъ какъ при этой аномаліи клиторъ нерѣдко бываетъ гипертрофированъ, а съ другой стороны, при мужской гипоспадіи *penis* часто бываетъ недоразвитъ, то распознаваніе пола у гипоспадического субъекта можетъ представить нѣкоторыя затрудненія. Но большей части именно къ гипоспадіи относятся тѣ пороки развитія, которые раньше называли гермафродитизмомъ, а теперь, — что гораздо правильнѣе, — псевдо-гермафродитизмомъ.

Съ миеологической и зоологической точки зрѣнія гермафродиты являются двуполыми существами. Кардинальнымъ признакомъ гермафродитизма служить состояніе половыхъ железъ, — гермафродиты должны обладать какъ мужскими, такъ и женскими половыми железами. У низшихъ животныхъ такая двойственность является нормальной; у нѣкоторыхъ млекопитающихъ, напр. у жвачныхъ, она

относительно рѣдко, Субботинская операція заслуживаетъ, по моему убѣжденію, широкаго примѣненія у женщинъ, страдающихъ обширными послѣродовыми свищами, соединенными съ разрушеніемъ уретры. По этому показанію данная операція была впервые выполнена мною въ мартѣ 1902 г. Впрочемъ, объ этомъ я буду говорить еще ниже, въ главѣ о пузырно-влагалищныхъ свищахъ.

Можно также въ подобныхъ случаяхъ прибѣгнуть къ шиванію мочеточниковъ въ прямую кишку; но при этой операціи всегда можно опасаться зараженія мочевого аппарата кишечными палочками, каковое зараженіе, какъ извѣстно, даетъ чрезвычайно тяжелыя формы піелитовъ и піело-нефритовъ. В. Г.

встрѣчается, какъ порокъ развитія ; что же касается людей, то у нихъ возможность истиннаго гермафродитизма до сихъ поръ еще не доказана.

На основаніи старыхъ, исключительно макроскопическихъ наблюденій разли-



Рис. 44. Расщепленіе пузыря, симфиза и наружныхъ половыхъ органовъ. Большая темная опухоль, имѣющая 5 сант. въ ширину и 6 — въ длину, представляетъ собою заднюю стѣнку пузыря, видную на высотѣ уретральныхъ отверстій. Эпидермисъ сосѣднихъ частей омолодѣлъ, вслѣдствіе постояннаго смачиванія мочей. Внизу къ выпяченному пузырю примыкаютъ половыя губы. Уретра отсутствуетъ. Большія губы раздѣлены и лежатъ далеко другъ отъ друга близъ соответственныхъ паховыхъ складокъ; онѣ имѣютъ видъ двухъ валиковъ, покрытыхъ волосами. Кнутри отъ нихъ лежатъ двѣ рѣзко выраженныя малыя губы, тоже далеко отодвинутыя другъ отъ друга. Онѣ расходятся въ формѣ буквы Y, причѣмъ у верхняго конца каждой изъ нихъ находится по половинѣ клитора. Между малыми губами помѣщается преддверіе и гимень, имѣющій два отверстія. Преддверіе покрыто блѣднорозовой слизистой оболочкой. Промежность имѣетъ 4 сант. длины. Черезъ *hymen bifenestratus* можно проникнуть въ одиночный рукавъ, имѣющій 8 сант. длины. Рѣг rectum можно прощупать ретровертированную матку, почти нормальной величины. Дно послѣдней имѣетъ ясно выраженное углубленіе (*uterus bifundalis*). Лѣвый яичникъ почти нормальной величины, правый значительно меньше его. Кости лоннаго сочлененія расходятся на 6 сант. Больная — дѣвица 18 лѣтъ, менструируетъ съ 15 лѣтъ, неправильно. Операция: 15 марта 1891 г. у больной были отсепарованы ниже поверхностной фасціи два лоскута по обѣимъ сторонамъ пузыряго отверстия; 3 апрѣля ихъ отрѣзали сверху, затѣмъ повернули на 90° и соединили швами надъ дефектомъ. Этимъ путемъ была по крайней мѣрѣ защищена отъ травмъ легкоранимая слизистая оболочка пузыря, и облегчено ношеніе больною мочеиспускателя. Повидимому, пациентка осталась вполнѣ довольна своимъ состояніемъ и поэтому не пожелала подвергнуться дополнительной пластической операци. Точно такое же наблюденіе и такая же операція съ аналогичнымъ исходомъ были сдѣланы одновременно и у другой больной, дѣвицы 21 г.

чали hermaphroditismus bilateralis, unilateralis et lateralis. При первомъ родѣ этого уродства по обѣимъ сторонамъ должно было находиться по одному яичику и яичнику, при второмъ — лишь на одной сторонѣ яичко и яичникъ, а при третьемъ — на одной сторонѣ яичникъ, а на другой яичко. Единственный будто-бы доказательный случай, относящійся къ первой категоріи, опубликованный Гепнеромъ,



Рис. 45. Мущина-гипоспадикъ. Груды развиты, какъ у женщины; мошонка съ яичками; половой членъ очень малъ (на рисункѣ не виденъ).

С л а в я н с к а г о. Доказательныхъ случаевъ второй категоріи вовсе не описано. Собственно говоря, не существуетъ несомнѣнныхъ случаевъ и третьей категоріи, хотя въ литературѣ и можно найти большое число наблюдений, подходящихъ яко-бы подъ этотъ разрядъ. Въ данномъ случаѣ ни макроскопическая картина, ни результаты гинекологическаго изслѣдованія не могутъ имѣть рѣшающаго значенія; единственнымъ критеріемъ могутъ здѣсь служить лишь результаты точнаго микроскопическаго изслѣдованія. Существуетъ, напротивъ, 5 случаевъ (Salen'a, Garré, Pick-Unger'a Pick'a-Landau и Schiele), гдѣ яичниковая и тестикулярная ткани были соединены въ одной половой железѣ (ovotestis, двуполая железа). Однако и въ этихъ случаяхъ достигшею полного развитія оказывалась лишь о д н а какая-либо ткань, такъ что и эти субъекты были, собственно говоря, однополыми. Нормально такого рода гистологическія картины встрѣчаются въ яичникахъ крота.

Къ псевдо-гермафродитамъ относятся тѣ субъекты, у которыхъ въ наружныхъ половыхъ органахъ проявляется отчасти мужской, от-

части женскій типъ, а въ половыхъ железахъ, характеръ которыхъ, какъ было уже сказано выше, и имѣть рѣшающее значеніе, выраженъ лишь типъ одного пола. Обыкновенно у этихъ субъектовъ половой членъ бываетъ меньше penis'a, но больше клитора. Далѣе, у нихъ сохраняется болѣе ясно выраженный остатокъ канала, образующагося отъ слиянія Müller'овыхъ ходовъ, чѣмъ sinus prostatiscus; остатокъ этотъ представляетъ собою короткий выворотъ органа, аналогичнаго мочеиспускательному каналу. Обыкновенно псевдо-гермафродитизмъ сопровождается также одностороннимъ или двустороннимъ крипторхизмомъ, а нерѣдко при немъ бываетъ налицо и гипоспадія. Груды у псевдо-гермафродитовъ во многихъ случаяхъ

имѣютъ женскій типъ. Изъ половыхъ железъ индивиду этого рода имѣютъ по большей части яички; стало быть, они представляютъ собою недоразвитыхъ мужчинъ (мужская гипоспадія). Несмотря на то, подобныхъ субъектовъ принимаютъ часто за женщинъ, имъ даютъ женское имя, и они выходятъ даже замужъ за мужчинъ. Въ этомъ отношеніи можно установить слѣдующее правило: тѣмъ недоразвитѣе яички, тѣмъ ближе подходятъ къ женскому типу и остальные признаки половой организаціи.

Между тѣмъ какъ наиболѣе частыми формами мужской гипоспадіи являются тѣ, при которыхъ лишь отверстіе уретры лежитъ ненормально, именно пенискротально, penis является не перфорированнымъ, и имѣется на лицо двусторонній или односторонній крипторхизмъ, — названная аномалія можетъ представляеть и болѣе интересныя формы. Самыми интересными изъ нихъ слѣдуетъ считать тѣ, гдѣ гипоспадіи являются несомнѣнными мужчинами, обо они въ состояніи бываютъ выдѣлять сѣмя и имѣть дѣтей, а вмѣстѣ съ тѣмъ обладаютъ вполне развитыми органами, происходящими изъ Müller'овыхъ ходовъ (каковы матка, трубы и родъ рукава) и называются способными менструировать. Такъ, существовалъ нѣкій Номанп, который сначала жилъ и имѣлъ половыя сношенія, какъ женщина, подъ именемъ Katharin'ы Номанп, а затѣмъ съ еще большимъ удовольствіемъ и успѣхомъ жилъ половию жизнью мужчины, подъ именемъ Karl'a Номанп'a.

Нерѣдко у псевдо-гермафродитовъ половыя железы гесп. матка служатъ источникомъ развитія доброкачественныхъ и злокачественныхъ новообразованій.

Изъ остальныхъ пороковъ развитія наружныхъ половыхъ частей полное отсутствіе или полная атрезія послѣднихъ встрѣчается очень рѣдко, и то развѣ лишь у совершенно нежизнеспособныхъ индивидуовъ. Равнымъ образомъ рѣдко наблюдаются и зарощеніе *rimae pudendi*. Дѣтское строеніе вульвы сопровождается обыкновенно аналогичнымъ недоразвитіемъ и внутреннихъ половыхъ органовъ.

Нѣкоторыя уродства прямой кишки у женщинъ происходятъ оттого, что извѣстныя состоянія, свойственныя четвертой недѣлѣ зародышевой жизни, сохраняются навсегда. На этой недѣлѣ конецъ кишки сообщается еще съ *sinus urogenitalis*. Лишь около этого времени снаружи, навстрѣчу кишкѣ, начинаетъ направляться маленькое углубленіе (анальная часть, позднѣе заднепроходное отверстіе). Если указанное углубленіе не достигаетъ кишки, то сообщеніе послѣдней съ *sinus urogenitalis* сохраняется и впредь, т. е.



Рис. 46. Мужская гипоспадія. Половыя части субъекта, изображеннаго на рис. 45. Мошонка съ яичками. Glans весьма небольшого по размѣрамъ penis'a лежитъ свободно, не перфорированъ. Уретра открывается подъ нимъ. Изъ уретрального отверстія извергаются моча и сѣмя.

остается клоачное устройство, при котором выводные каналы кишки и половых органов открываются совместно. Такъ какъ въ подобныхъ случаяхъ anus атрезированъ снаружи, но открытъ по направлению въ влагалищу, то описанное выше состояніе называется *atresia ani vaginalis*.

Точно такъ же я объясняю и происхождение пороковъ развитія, извѣстныхъ подъ названіями *anus vestibularis et vulvaris*, при которыхъ имѣется атрезія заднепроходнаго отверстія, а прямая кишка открывается въ преддверіе. Я отнюдь не раздѣляю того мнѣнія, что при этихъ порокахъ остановилось развитіе лишь той части ректовагинальной перегородки, которая, направляясь со стороны вѣшнихъ покрововъ, идетъ навстрѣчу перегородкѣ, спускающейся сверху.



Рис. 47. *Anus vulvaris*. Подъ довольно хорошо сохранившимся гименальнымъ вѣшникомъ проходитъ, въ поперечномъ направленіи черезъ преддверіе, складка кожи, за которой открывается въ преддверіе прямая кишка. На разстояніи 2,5 сант. за этимъ отверстіемъ находится ясно выраженное плоское углубленіе, обозначающее то мѣсто, въ которомъ нормально открывается anus. При изслѣдованіи легко удастся констатировать, что это углубленіе окружено кольцевиднымъ мускуломъ. Спереди отъ него прощупывается также мускулатура промежности. Еще лучше наличность послѣдней доказывается при помощи фарадическаго тока; путемъ электрическаго раздраженія обнаруживается также полное отсутствіе сфинктеровъ въ вульварномъ *anus*'ѣ. Больная 33 лѣтъ, два раза рожавшая. Послѣдніе роды 3 года тому назадъ. При родахъ травмъ не было. Аномалія нисколько не мѣшаетъ больной, если не считать того, что *vulva* часто загрязняется испраженіями.

Если растущая сверху прямокишечно-влагалищная перегородка не встрѣчается съ растущей ей навстрѣчу промежностью, а *rectum* и *vagina* развиты нормально, то между названными органами сохраняется сообщеніе (врожденная прямокишечно-рукавная фистула). Schauta встрѣтилъ эту аномалію совместно съ аналогичной ненормальностью передней спайки (*hypospadias*).

Въ тѣхъ, далѣе, случаяхъ, когда эктодермальный листокъ не



достигнетъ концевой кишки, эта послѣдняя все-таки можетъ нормально отшнуроваться отъ sinus urogenitalis. Послѣдствіемъ этого является полная атрезія. Если эта атрезія имѣетъ мѣсто вверху, то ее называютъ *atresia recti*, если же внизу, непосредственно подъ кожей, то — *atresia ani*.

Весьма рѣдко наблюдается *atresia recti*, при которой заднепроходное отверстие открывается во влагалище.

Новѣйшія изслѣдованія (Marchand, Born, Keibel, Dienst) дѣлаютъ весьма вѣроятнымъ предположеніе, что изъ перечисленныхъ аномалій лишь *atresia recti* иногда является настоящимъ порокомъ развитія; что касается *atresia ani*, *atresia ani vaginalis* и *atresia ani uterina*, то на нихъ слѣдуетъ смотрѣть, какъ на результаты сращения соответственныхъ частей у плода.

Атрезіи, при которыхъ нѣтъ ни нормальныхъ, ни аномальныхъ кишечныхъ отверстій, обнаруживаются сейчасъ же послѣ рожденія. Уже на первый день жизни ребенка замѣчается отсутствіе выдѣленія меконія. Въ слѣдующіе затѣмъ дни развиваются копростазъ, вздутіе живота, диспное, цианозъ и лихорадка.

Въ подобныхъ случаяхъ всегда показуется пластическая операція, простой же проколъ троакаромъ не ведетъ къ цѣли. Лучшимъ временемъ для операціи является 2-ой и 3-й день жизни, когда прямая кишка сильно растянута спустившейся массой меконія. Операцію начинаютъ сагиттальнымъ разрѣзомъ позади промежности; отсюда слѣдуетъ проникнуть въ атрезированную прямую кишку, разрѣзать ее и вшить въ края наружной раны. При *atresia ani* все это выполнить очень легко; зато при *atresia recti*, когда атрезированное мѣсто лежитъ очень высоко, операція нѣрѣдко представляетъ большія трудности.

Атрезіи съ ненормальнымъ влагалищнымъ отверстиемъ кишки не угрожаютъ жизни и обнаруживаются обыкновенно довольно поздно. Неудобства, обусловливаемая произвольнымъ выдѣленіемъ кала и газовъ во влагалище или вульву, переносятся различными женщинами, смотря по ихъ социальному положенію и образованию, различно.

Единственной правильной операціей при этомъ порокѣ развитія является Dieffenbach'овская. Разрѣзавъ кожу въ области нормального заднепроходнаго отверстия, отдѣляютъ прямую кишку отъ рукава и вшиваютъ периферическое отверстие *recti* въ наружную рану.

При врожденныхъ прямокишечно-рукавныхъ фистулахъ слѣдуетъ освѣжить края свища со стороны влагалища или прямой кишки и затѣмъ стянуть ихъ швами<sup>1)</sup>.

Насчетъ персистенціи клоачнаго устройства должно быть отнесено и впаденіе прямой кишки въ пузырь (anus vesicalis), каковая аномалія обыкновенно бываетъ сочетана съ другими, впрочемъ исключаящими внѣтробную жизнь пороками развитія, напр. отсутствіемъ почекъ и т. п.

1) При свищахъ болѣе или менѣе значительныхъ размѣровъ этотъ способъ легко можетъ не дать успѣха. Въ такихъ случаяхъ лучше расщепить *septum recto-vaginale* со стороны промежности и затѣмъ зашить отдѣльно сначала отверстие къ рукавной стѣнкѣ, потомъ въ кишечной, при помощи непрерывнаго кэтгуттоваго шва. Въ заключеніе разрѣзъ промежности закрывается нѣсколькими узловатыми швами изъ шелка. В. Г.

## ОТДѢЛЪ II.

### Болѣзни наружныхъ половыхъ частей и влагалища.

#### Глава IV.

#### Болѣзни наружныхъ половыхъ частей<sup>1)</sup>.

Otto Küstner'a.

#### 1. Воспалительные процессы; сопутствующія имъ и являющіяся ихъ послѣдствіями состоянія вульвы.

Воспалительные процессы въ области вульвы, поскольку они локализованы въ преддверіи, вызываются тѣми же причинами, что и большинство воспалительныхъ процессовъ влагалища, и по своему характеру тѣсно примыкаютъ къ послѣднимъ. Такъ, напримѣръ, катарральныя состоянія матки, равно какъ и мокнуція новообразованія ея и влагалища, влекутъ за собою весьма часто воспаленіе слизистой оболочки преддверія. При свѣжей гонорреѣ, когда наружныя половыя части увлажняются, кромѣ маточнаго секрета, еще и выдѣляемымъ уретры и Bartholin'овыхъ железъ, припухлость и краснота слизистой оболочки вульвы достигаютъ въ большинствѣ случаевъ весьма высокой степени. Особенно характернымъ является воспаленіе слизистой оболочки входа въ рукавъ для гонорреи у дѣтей.

Кромѣ того, воспаленіе наружныхъ половыхъ частей можетъ быть обусловлено различными механическими исцультами (напр., мастурбацией), а также чрезмѣрной неопрятностью, въ особенности у очень жирныхъ особъ.

Сравнительно нечастую, своеобразную форму воспаления половой щели и нижнихъ отдѣловъ влагалища представляютъ острия кондиломы (*condylomata acuminata*). Эти послѣднія возникаютъ или вслѣдствіе особаго предрасположенія, или же въ тѣхъ случаяхъ, когда патологическій секретъ матки и влагалища, вытекающій черезъ половую щель, весьма обилентъ и ѣдокъ. Поэтому кондиломы встрѣчаются часто при гонорреѣ, особенно въ тѣхъ случаяхъ, когда послѣдняя осложнена беременностью. Не слѣдуетъ, однако, забывать о томъ, что острия кондиломы отнюдь не специфичны

<sup>1)</sup> Veit, Die Erkrankungen der Vulva. Veit's Handbuch der Gynaekologie, IV, 2.

для гонорреи. Сидят онѣ, по большей части, множественно, преимущественно въ складкахъ между половыми губами, на той поверхности большихъ губъ, которая обращена къ малымъ, на малыхъ губахъ, въ преддверіи и на промежности. Нерѣдко онѣ образуютъ большія опухоли, доходящія до величины куриного яйца. Каждая изъ нихъ состоитъ изъ большого числа высокихъ сосочковъ. Если *condylomata acuminata* сидятъ въ такихъ мѣстахъ, гдѣ онѣ подвергаются давленію, то онѣ сплющиваются и тогда напоминаютъ плоскія кондиломы.

*Condylomata acuminata* представляютъ собою ничто иное, какъ остро образовавшіяся папилломы. Въ основѣ процесса ихъ образованія лежитъ разрастаніе сосочковъ кожи вмѣстѣ съ ихъ сосудами, а также покрывающаго сосочки Malpighieva слоя.

Если кондиломы невелики, то на нихъ можно не обращать вниманія. Въ противномъ случаѣ ихъ слѣдуетъ срѣзать ножницами и прижечь основаніе каленымъ желѣзомъ, или же часто смазывать растворомъ хромовой кислоты (1:4 воды). Хорошіе результаты даетъ также присыпаніе порошкомъ сабины (*pulvis frondum sabinae*), а также смѣсью этого порошка съ квасцами (aa) или съ *hydrargyrum praecipitatum rubrum* (тоже aa).

Наконецъ, вмѣстѣ съ Courant'омъ я горячо могу рекомендовать испробованное мною въ одномъ случаѣ орошеніе кондиломъ, при помощи *spraу*'я, этиль-хлоридомъ съ разстоянія отъ 10 до 30 сант. Послѣ нѣсколькихъ сеансовъ самыя объемистыя кондиломы отъ этого леченія исчезли.

Послѣдствіемъ долго дивившагося воспалительнаго процесса въ преддверіи можетъ иногда быть *kraurosis vulvae* (*kraurosis* — сморщивать) или *leukorakia vulvae* — процессъ, изученный Breisky. Дѣло здѣсь сводится къ склеротическимъ измѣненіямъ въ слизистой оболочкѣ вульвы; оболочка эта принимаетъ бѣлый цвѣтъ, въ нѣкоторыхъ мѣстахъ представляется глянцевиною, тамъ и сямъ обнаруживаетъ мѣстами присутствіе небольшихъ эктатическихъ сосудовъ.

*Kraurosis* занимаетъ обычно всю окружность преддверія, а часто захватываетъ, кромѣ того, промежность и большія губы. Сильнѣе всего это заболѣваніе отражается на клиторѣ и малыхъ губахъ.



Рис. 48. Острыя кондиломы вульвы у 20-лѣтней женщины, никогда не рожавшей. Большая цѣлѣный годъ страдаетъ сильными бѣлями и болями при мочеиспусканіи. Уже 4 мѣсяца у ней имѣется опухоль на наружныхъ половых частяхъ. Гонококковъ въ выдѣляемомъ найдено не было. Кондиломы были срѣзаны ножницами и прижжены каленымъ желѣзомъ. (Kentsmann, Küstner-Neisser'овскій стереоскопическій атласъ).

Эти органы под влиянием указанного процесса могут совершенно атрофироваться, так что от них остаются лишь слѣды.

Подобное же поражение можетъ наблюдаться въ окружности заднепроходнаго отверстія, совершенно независимо отъ заболѣванія вульвы.

Описанная макроскопическая картина получается оттого, что сосочковыя тѣла, вслѣдствіе рубцоваго сморщиванія, атрофируются, иногда до полного исчезанія, сосочки сплющиваются, а сальныя железы, которыми эта область обыкновенно такъ богата, пропадаютъ (Fischel). Напротивъ, въ краевомъ поясѣ, по сосѣдству со здоровой тканью, Orthmann нашелъ сосочки въ гипертрофическомъ состояніи. Peter видитъ въ этомъ процессѣ воспалительную гиперплазію соединительной ткани съ склонностью къ рубцовому перерожденію, Rosenstein — воспаление соргі и подкожной кѣтчатки, быстро переходящее въ хроническую стадию. Dager находилъ при этой болѣзни кѣтчаточное разрастаніе и утолщеніе сосудистыхъ стѣнокъ. Напротивъ, Jung держится того взгляда, — къ которому примыкаю и я, — что данное заболѣваніе не представляетъ ни специфической, свойственной ему одному анатомической картины, ни какой-либо определенной этиологіи, такъ какъ оно можетъ быть конечнымъ результатомъ самыхъ разнообразныхъ воспалительныхъ процессовъ. Характернымъ для kraurosis является исчезновеніе пигмента.

Главнымъ симптомомъ является при kraurosis невыносимый зудъ, какъ при pruritus vulvae. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ pruritus и предшествуетъ свойственнымъ данному заболѣванію измѣненіямъ кожи. Поэтому J. Veit полагаетъ, что между pruritus и kraurosis существуетъ тѣсная этиологическая связь, которую, впрочемъ, неоднократно подозрѣвали и раньше. По его мнѣнію, вторая изъ этихъ болѣзней является непосредственнымъ послѣдствіемъ первой. Если больная еще неособенно стара (Breisky наблюдалъ разбираемую болѣзнь преимущественно у беременныхъ), то самыми неприятными симптомами kraurosis бывають явленія стеноза и затрудненія при половыхъ сношеніяхъ. Кромѣ того, у женщинъ всѣхъ возрастовъ при kraurosis наблюдается затрудненное мочеиспусканіе.

Я неоднократно наблюдалъ эту болѣзнь безъ всякихъ симптомовъ. Больныя жаловались на катарръ или на страданія, локализованныя въ болѣе удаленныхъ областяхъ половой сферы.

Рациональное лечение kraurosis состоитъ въ вырѣзываніи заболѣвшихъ частей слизистой



Рис. 49. Острыя кондиломы. Сосочки съ эктатическими сосудами видны въ поперечныхъ и продольныхъ разрѣзахъ. Надъ сосочками находится утолщенный слой плоскаго эпителия вульвы, который, — что очень характерно, — на самыхъ выдающихся мѣстахъ отсутствуетъ.

оболочки, что впервые сдѣлалъ А. Martin. Если дефектъ такъ великъ, что не можетъ быть закрытъ простымъ наложеніемъ швовъ, то слѣдуетъ отсепаровать кусокъ слизистой оболочки влагалища и закрыть имъ рану; можно, наконецъ, прибѣгнуть къ трансплантациіи кожи или слизистой оболочки.

Отекъ наружныхъ половыхъ органовъ наблюдается иногда въ сильной степени при всѣхъ тѣхъ затрудненіяхъ кровообращенія, которыя влекутъ за собою общій отекъ органовъ, удаленныхъ отъ сердца, какъ, напр., при объемистыхъ опухоляхъ брюшной полости, при порокахъ сердца и при болѣзняхъ почекъ. Въ этихъ случаяхъ большія и малыя губы распухаютъ и принимаютъ видъ большихъ водяночныхъ мѣшковъ.

Подъ тромбами вульвы разумеются кровоизлияния, наблюдаемая чаще у беременных, чѣмъ у небеременныхъ женщинъ. Причину ихъ является большею частью травма вслѣдствіе удара или паденія<sup>1)</sup>, влекущая за собою подкожную геморрагію. Это происходитъ тѣмъ легче, что вульва весьма богата сосудами, а во время беременности число ихъ еще болѣе увеличивается, причемъ одновременно они расширяются. Кровоизлиянія происходятъ преимущественно въ жировыя тѣла большихъ губъ (*corpora adiposa labiorum majorum*) или на ихъ поверхности, подъ фасціальнымъ слоемъ, состоящимъ изъ соединительной и эластической тканей и отдѣляющимъ жировыя тѣла отъ подкожнаго жира большихъ губъ. Они представляются въ видѣ багровыхъ, упругихъ, болѣзненныхъ опухолей большихъ губъ.

Эти кровоизлиянія можно вполне предоставить ихъ естественному рассасыванію, которое длится иногда цѣлыя недѣли. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ я прибѣгаю къ хирургическому вмѣшательству, удаляя сгустки крови и зашивая полость раны погружными швами; этимъ достигалось полное выздоровленіе.

Гангрена вульвы, въ видѣ такъ называемой номы, бываетъ иногда у дѣтей, причемъ обуславливается тѣми же причинами, что и нома другихъ частей тѣла, напр., щеки. Этиологически эта болѣзнь вызывается стрептококкомъ номы, открытымъ *Perthes'омъ*. Терапія состоитъ въ энергичномъ прижиганіи азотной кислотой или каленымъ желѣзомъ.

Изъ экзантемъ наблюдаютъ въ вульвѣ угри, экзему, *herpes*<sup>2)</sup>, *prurigo*, рожу и чирьи.

Лечение фурункулеза вульвы должно заключаться въ проколахъ пустулъ и компрессахъ съ 30% уксуснокислымъ глиноземомъ. Противъ *intertrigo* слѣдуетъ ежедневно по 2 раза обмывать половыя части съ нѣжнымъ мыломъ. Такимъ же образомъ слѣдуетъ начинать и лечение экземы, нерѣдко вызывающей очень тягостный зудъ. Можно также начинать со спиртовыхъ обмываній съ прибавкою 30 карболовой кислоты, 1/2% тимола, 1% ментола или 2% салициловой кислоты. Если такое лечение не переносится, то слѣдуетъ употреблять влажные компрессы со свиновой водой, уксуснокислымъ глиноземомъ, борной кислотой и резорциномъ, а потомъ различныя мази (*ung. diachylon Hebrae*, цинковую мазь, висмутовую, салициловую, резорциновую; въ качествѣ *constituens* долженъ служить ланолинъ или алапуринъ). Сидячихъ ваннъ и вообще примѣненія воды слѣдуетъ по возможности избѣгать. Далѣе не надобно упускать изъ виду причинныхъ моментовъ, особенно маточнаго катарра. Въ наиболѣе тяжелыхъ случаяхъ больная во время леченія должна оставаться въ постели.

Воспаленіе *Bartholin'овой* железы представляетъ собою большею частью одно изъ проявленій гонорройнаго зараженія. Чаще поражаются обѣ железы, причемъ, однако, одна опухаетъ сильнѣе. Дѣло здѣсь сводится къ обильному образованію въ железахъ гноя, который, вслѣдствіе узкости выводнаго протока, скопляется въ ней. Покровы железы краснѣютъ, и вся пораженная область дѣлается весьма чувствительной.

Зараженіе гонококками локализуется, по *Випп'у*, преимущественно въ выводномъ протокѣ железы. Наблюдающіеся при этомъ даже большіе абсцессы представляютъ собою лишь растянутые въ мѣшокъ выводные каналы.

Теченіе болѣзни, по крайней мѣрѣ при зараженіи гонококками, можетъ сильно затягиваться. Если леченіе состояло лишь въ дезинфицирующихъ обмываніяхъ и ирригаціяхъ, то выдѣленіе гноя можетъ продолжаться цѣлые мѣсяцы, даже цѣлыя годы. У людей не-

1) Въ отдѣльныхъ случаяхъ причину кровоизліаній въ ткань вульвы является слишкомъ бурный *coitus* (*Мекертчянцъ*). В. Г.

2) По изслѣдованіямъ *Levin'a*, *herpes vulvae* представляетъ собою весьма частое заболѣваніе, причемъ проявленіе его обыкновенно совпадаетъ съ менструальною эпохою. Заболѣваніе это проявляется высыпаніемъ на вульвѣ группы маленькихъ пузырьковъ, появленію которыхъ предшествуетъ ошущеніе жженія. Высыпь исчезаетъ сама собою на 7—8 день. В. Г.

опрятныхъ дѣло можетъ дойти даже до настоящаго абсцесса Bartholin'овой железы, который сопровождается опуханіемъ ея, краснотою кожныхъ покрововъ и сильною лихорадкою. Возбудителемъ инфекции является тогда преимущественно *staphylococcus aureus* (Wimm). При этомъ железа можетъ подвергнуться полному гнойному распаденію, чѣмъ заболѣваніе и заканчивается.

Терапія состоитъ во вскрытіи абсцесса. Иногда, однако, даже широкаго разрѣза бываетъ недостаточно для излеченія: послѣ нѣкотораго времени разрѣзъ заживаетъ, а нагноеніе въ глубинѣ возобновляется<sup>1)</sup>.

Въ подобныхъ случаяхъ железу экстирпируютъ. Эту маленькую операцію не слѣдуетъ производить со стороны внутренней поверхности большой губы, — лучше всего дѣлать разрѣзъ съ наружной стороны labii majoris<sup>2)</sup>, отпрепаровать железу и вылушить ее острымъ путемъ, такъ какъ она сидитъ крѣпко въ фасціальной ткани. Тогда рубецъ располагается такимъ образомъ, что въ послѣдствіи не можетъ мѣшать большой.



Рис. 50. Большая киста лѣвой Bartholin'овой железы. Въ этомъ случаѣ былъ произведенъ широкий разрѣзъ, и внутренняя поверхность кисты пришта къ окружающей кожѣ. Наступило выздоровленіе. Больная 40 лѣтъ, рожавшая два раза, со времени первой беременности страдала постоянными сильными бѣлями. Опухоль развилась у нея въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ.

Нерѣдко въ вульвѣ наблюдаются кисты, образующіяся изъ Bartholin'овыхъ железъ. Въ большинствѣ случаевъ онѣ представляютъ собою ретенціонныя кисты, вызванныя облитерацией выводного протока вслѣдствіе трипперной инфекции; железа тогда превращается въ объемистый мѣшокъ, имѣющій слизисто-водянистое содержимое. Въ другихъ случаяхъ ретенціонныя кисты Bartholin'овыхъ железъ обусловливаются воспалительными процессами иного рода.

Простое вскрытіе кисты ведетъ лишь къ медленному ея излеченію, всприкиванія же въ кисту iunctura jedi или другихъ ѣдкихъ веществъ являются невѣрнымъ средствомъ, которое излечиваетъ болѣзнь крайне рѣдко и притомъ очень медленно.

Единственнымъ радикальнымъ способомъ представляется экстирпація мѣшка кисты. Крѣпко сидитъ въ fascia perinei, то операцію нельзя производить тупымъ путемъ, а нужно железу экстирпировать ножомъ. Рану зашиваютъ глубокими, погружными катгутовыми швами.

Ретенціонныя кисты Bartholin'овой железы иногда бываютъ обязаны своимъ происхожденіемъ разрывамъ задней спайки при родахъ съ послѣдующимъ рубцеваніемъ. Кисты эти всегда незначительной величины, — не больше боба, — и односторонни; послѣднее обстоятельство зависитъ отъ характерной для разрывовъ промежности односторонней локализации.

Въ подобныхъ случаяхъ, производя эпизиопластику, не слѣдуетъ забывать вылушить и заболѣвшую железу. До сихъ поръ аномаліи этой еще не удѣлили должнаго вниманія.

1) Чтобы избѣжать этого, Migot рекомендуетъ, по удаленіи гноя, всприкивать въ железу 2—3 дѣленія Pravatz'евского шприца 10% раствора хлористаго цинка (способъ Jullien'a). Непосредственно за всприкиваніемъ слѣдуетъ обостреніе воспаления, затѣмъ все приходитъ къ нормѣ. В. Г.

2) Другіе авторы (Hügel) рекомендуютъ проводить разрѣзъ въ складкѣ между большой и малой губой. В. Г.

Кромѣ кистъ Bartholin'овой железы, въ области вульвы, особенно у основанія гимена, встрѣчаются особенныя маленькія кисты величиною въ чечевицу, а иногда нѣсколько больше. Большинство гинекологовъ видитъ въ нихъ ретенціонныя кисты салныхъ железъ, Klein же полагаетъ, что онѣ происходятъ изъ Gartner'овскихъ (Wolff'овыхъ) ходовъ, которые, по его мнѣнію, открываются у основанія гимена. Равнымъ образомъ и т. наз. Skene'овы железы, гомологичныя простатѣ у мужчинъ, могутъ перерождаться въ такія кисты. Гименальные кисты въ большинствѣ случаевъ возникаютъ путемъ выпячиванія и отщуриванія эпителиальныхъ тяжей.

Хотя я работалъ болѣе 14 лѣтъ въ мѣстности, гдѣ lupus на неполовыхъ частяхъ тѣла, а особенно на лицѣ, встрѣчался очень часто, я только разъ встрѣтилъ безспорный lupus vulvae и нижней части влагалища (см. рис. 51). Для того, кому lupus хорошо знакомъ, диагнозъ не представляетъ никакихъ трудностей, и смѣшать его почти ни съ чѣмъ нельзя. Узелки, инфильтраты, изрытые мѣста и безобразные, втянутые рубцы — все это и здѣсь, на вульвѣ, имѣетъ весьма характерный видъ.

Слѣдуетъ обратить вниманіе еще на то, что lupus vulvae имѣетъ сходство съ нѣкоторыми формами ulcus rodens vulvae (см. ниже).

Терапія имѣетъ своей задачей разрушить люпозные фокусы при помощи уколовъ, выскабливанія и прижиганія калѣнымъ желѣзомъ; меньшіе узлы, пока они еще изолированы, можно вырѣзывать.

Neisser рекомендуетъ примѣнять лечение Röntgen'овскими лучами и свѣтомъ по Finsen'у. Можно также испробовать лечение туберкулиномъ.

Другія формы туберкулеза вульвы, именно бугорчатая язвы, были наблюдаемы лишь въ очень рѣдкихъ случаяхъ. Язвы эти покрыты творожистымъ налетомъ, имѣютъ изъѣденные, не инфильтрированныя края, какъ и ulcus rodens; въ нихъ можно открыть бугорчатая палочки и гигантскія клѣтки. Во всѣхъ, до сихъ поръ наблюдавшихся, случаяхъ бугорчатка вульвы была мѣстнымъ проявленіемъ общей инфекции; напротивъ, остальные отдѣлы полового аппарата были свободны отъ бугорчатки, такъ что ни въ одномъ случаѣ нельзя было думать о зараженіи per coitum.

Наиболѣе цѣлесообразною терапіей въ подобныхъ случаяхъ является изсѣченіе язвъ (см. главу XXIV).

Elephantiasis vulvae представляетъ очень рѣдкое заболѣваніе аналогичное съ elephantiasis arabum, поражающимъ преимущественно нижнія конечности. Изъ частей вульвы elephantiasis наблюдается чаще всего въ большихъ, малыхъ губахъ и клиторѣ. Эти органы могутъ превратиться въ опухоли громаднхъ размѣровъ и вѣса, свѣшивающіяся до самыхъ колѣнъ<sup>1)</sup>.



Рис. 51. Lupus vulvae. Больная 31 года. Наружные половые органы, въ особенности же промежность, разрушены вслѣдствіе распада ткани. Изъ влагалища также выдаются люпозныя образования. На labia majora находится нѣсколько люпозныхъ узловъ; слѣва — сильно инфильтрированныя паховыя железы. На лѣвой задней ягодницѣ и на внутренней поверхности лѣваго бедра имѣются лучевидныя рубцы, образовавшіяся вслѣдствіе постоянного смачиванія кожи отдѣлимымъ. Уколы и выскабливанія остались безъ результатовъ. (Случай изъ клиники Schultze въ Іенѣ, 1879 года.)

1) Такъ, напр., Lauwers удалил у одной больной элифантіатическую опухоль вульвы, вѣсившую 13½ кило. Опухоль эта развивалась въ теченіе 24 лѣтъ. В. Г.

Патолого-анатомическія измѣненія при этой болѣзни сводятся къ гипертрофіи рогового слоя, круглоклѣтчатковой инфильтраціи cutis и расширенію лимфатическихъ сосудовъ. Последнее можетъ быть такъ велико, что получается лимфоррея (Lesser)<sup>1)</sup>.

Этіологически большую роль играютъ здѣсь тѣ условія, которыя могутъ вызвать застой въ лимфатической системѣ. То, что подь тропиками вызывается нитчатками (filaria), которыя проникаютъ въ лимфатическіе сосуды конечностей и закупориваютъ ихъ, въ нашемъ климатѣ можетъ быть вызвано рожей, или гонорройнымъ пораженіемъ железъ, или сифилисомъ<sup>2)</sup>. Во всѣхъ этихъ случаяхъ дѣло сводится къ облитерациіи или разрушенію лимфатическихъ сосудовъ путемъ гнойнаго распада, или же къ разрушенію лимфатическихъ железъ данной системы, напр. паховыхъ. Бываютъ, однако, случаи, когда нельзя объяснить разбираемаго процесса механическими причинами. Поэтому слѣдуетъ имѣть въ виду, что нѣкоторыя формы эфантиазиса очень похожи на *ulcus rodens*. Иногда при эфантиазисѣ образуются язвы, весьма напоминающія *ulcus rodens*. Въ виду указанного сходства нѣкоторые новѣйшіе авторы (Veit) склонны видѣть въ основѣ слоновой болѣзни вульвы тотъ же процессъ, что и при *ulcus rodens*. Главное отличіе данной болѣзни отъ *ulcus rodens* заключается въ болѣе сильномъ, зачастую колоссальномъ опуханіи и сравнительно незначительной склонности больныхъ органовъ къ изъязвленію.

Припадки, вызываемые эфантиазисомъ, находятся въ прямо пропорціональномъ отношеніи къ величинѣ опухоли; но даже и малыя эфантиазическія опухоли могутъ вызывать большія разстройства вслѣдствіе закрытія отверстія мочевого пузыря или прямой кишки. Терапія состоитъ въ удаленіи пораженныхъ частей, причемъ проведеніе разрѣза вполне зависитъ отъ локализациі болѣзненнаго процесса. Операциія не представляетъ затрудненій даже тогда, когда поражены эфантиазисомъ ближайшія окрестности уретры и прямой кишки.

При *ulcus rodens vulvae* (*esthiomena vulvae*) мы встрѣчаемся, — впрочемъ, сравнительно нечасто, — со своеобразнымъ язвеннымъ процессомъ, который обыкновенно начинается съ *fossa navicularis*, но который можетъ имѣть мѣсто и въ другихъ частяхъ вульвы, особенно въ *rima interlabialis*, около уретры. Язвы эти съ большимъ трудомъ излечиваются и обнаруживаютъ склонность къ образованію фистулъ. Края и основанія ихъ инфильтри-



Рис. 52. Elephantiasis vulvae у беременной, вслѣдствіи разрѣшившейся безъ поврежденія наружныхъ половыхъ органовъ.

1) Кромѣ лимфатическихъ сосудовъ, при эфантиазисѣ вульвы имѣютъ мѣсто и довольно рѣзкія измѣненія кровеносныхъ сосудовъ: новообразованіе ихъ (Kidd), расширенія, тромбы (Пригара) и т. п. В. Г.

2) Или туберкулезомъ. В. Г.



рованы и имѣютъ сальный видъ. Язва распространяется медленно впередъ, причемъ можетъ вызвать обширныя разрушенія въ области вульвы, фистулы въ пузырь и толстую кишку и стриктуры гесті.

Микроскопическая картина разбираемаго страданія соответствуетъ картинѣ хроническаго воспаления. Косч полагаетъ, что *ulcus rodens vulvae* находится въ этиологической связи съ экстирпацией паховыхъ бубоновъ, и потому ставитъ его въ одну категорію съ *elephantiasis* о́мъ. Нерѣдко встрѣчающіяся при этой болѣзни стриктуры прямой кишки также говорятъ въ пользу того, что застой лимфы играетъ здѣсь важную этиологическую роль.

Наконецъ, безъ сомнѣнія, иногда *ulcus rodens* развивается на почвѣ сифилиса, именно, если сифилитически измѣненные сосуды не въ состояніи бываютъ,

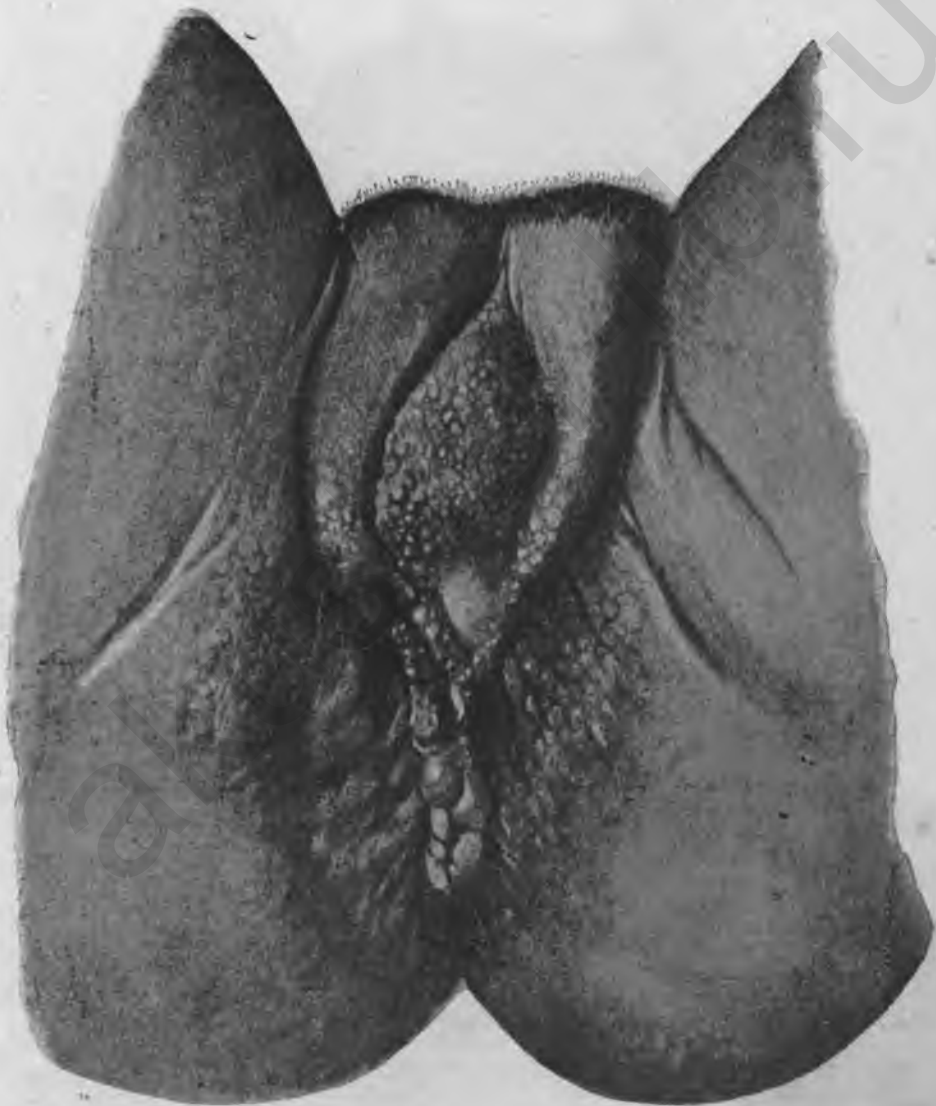


Рис. 53. Эстиомена вульвы. Операция 8 мая 1899 г. Смерть отъ пнеймоніи. Рѣзко выраженныя элѣфантіатическія разрошенія въ области большихъ губъ и промежности.

при стазѣ лимфы, принять на себя роль лимфатическихъ сосудовъ и тѣмъ предотвратить застой лимфы. Можно, пожалуй, думать и такъ, что, благодаря застою лимфы, развивается хроническое воспаленіе ткани, и на этой почвѣ случайныя поврежденія ведутъ къ образованію глубокихъ язвъ. Съ бугорчаткой и волчанкой



Рис. 54. Эстиомена в ульвы (тотъ же случай, который изображенъ и на рис. 53). Элефантатически утолщенныя малыя губы раздвинуты, и на внутренней поверхности правой малой губы видна плоская язва, занимающая почти всю эту поверхность; на внутренней поверхности лѣвой малой губы видна также плоская язва, но не столь большая. Входъ во влагалище, насколько хватаетъ глазъ, и задняя спайка элефантатически утолщены.

данное заболѣваніе не имѣеть ничего общаго. Я наблюдалъ немалое число случаевъ этой болѣзни и ни въ одномъ, при самомъ тщательномъ изслѣдованіи, не нашелъ бугорчатыхъ палочекъ<sup>1)</sup>. Однако я не могу промолчать о томъ фактѣ,

1) Нѣкоторые авторы констатировали, однако, связь эстиомены съ туберкулезомъ. По мнѣнію Verchère'a, который имѣлъ возможность обстоятельно изучить 5 случаевъ эстиомены, болѣзнь эта есть ничто иное, какъ особой формы реакція тканей на различныя пораженія вульвы и задняго прохода: бленноррагію, мягкій шанкръ, вторичный и особенно третичный сифились, ракъ и бугорчатку. В. Г.

что микроскопическая картина даннаго страданія похожа на картину волчанки и можетъ, поэтому, затруднять дифференціальный діагнозъ.

**Примечаніе.** Болѣзнь самопроизвольно не излечивается, и, хотя припадки, вызываемые ею, напр. кровоточенія при coitus'ѣ, жженіе при мочеиспусканіи и пр., иногда неособенно беспокоятъ больныхъ, однако терапевтическое вмѣшательство при ней необходимо.



Рис. 55. Эстиомена вульвы. Больная 31 г.; ампутация всѣхъ пораженныхъ частей; выздоровленіе. Малыя губы разведены въ стороны, и на нихъ хорошо видны объемистыя язвы, окруженные утолщеннымъ эпителиемъ.

При распознаваніи надо имѣть въ виду возможность смѣшать эстиомену съ сифилитическими пораженіями, карциномой и бугорчаткой.

Для отличія отъ твердаго и мягкаго шанкровъ характерно, что при *ulcus rodens* изъязвленіе, отекъ и разрастаніе идутъ параллельно. Въ случаѣ нужды, для установки дифференціальнаго діагноза можетъ быть примѣнено пробное леченіе ртутью и іодистымъ калиемъ. Чтобы отличить разбираемое заболѣваніе отъ карциномы, въ трудныхъ случаяхъ прибѣгаютъ къ пробной эксцизии и микроскопическому изслѣдованію.

Что касается леченія, то при *ulcus rodens* нельзя ожидать ничего хорошаго отъ внутреннихъ средствъ, напр. ртути и іодистаго кали. Мало пользы приносятъ также и прижигающія средства, какъ, напр., каленое желѣзо, молочная кислота и хлористый цинкъ. Присыпка резорциномъ и примѣненіе хромовой кислоты и *unguentum basilicum* даютъ иногда временный успѣхъ, прочное же излеченіе можетъ быть достигнуто лишь путемъ хирургическаго вмѣшательства, при которомъ иногда можетъ понадобиться сложная пластика уретры.

## 2. Неврозы вульвы.

Подъ з у д о мъ вульвы (*pruritus vulvae*) мы понимаемъ симптомъ, встрѣчающійся при самыхъ разнообразныхъ болѣзняхъ этого отдѣла женской половой сферы. И характеръ этого симптома отличается въ различныхъ случаяхъ далеко неодинаковъ: иногда зудъ напоминаетъ больше жженіе, въ другихъ случаяхъ — щекотаніе, а иногда является смѣшаннымъ ощущеніемъ. Припадки его очень тягостны и могутъ достигать такой степени, что больныя, гдѣ-бы онѣ не находились, позабывъ всякій стыдъ, принуждены расчесывать зудящее мѣсто руками.

Этому симптоматическому пониманію выраженія „*pruritus vulvae*“ можно противопоставить ученіе объ идиопатическомъ зудѣ вульвы. *O'Is hausen* различаетъ объ формы, причемъ въ идиопатической видитъ неврозъ, а во встрѣчающихся при ней измѣненіяхъ въ вульвѣ — лишь результатъ расчесыванія, растиранія и другихъ механическихъ инсультовъ. *Schultze* считаетъ измѣненія слизистой оболочки при *pruritus vulvae* несущественными и вторичными. *Webster* видитъ причину зуда вульвы въ медленно развивающемся фиброзномъ перерожденіи, особенно нервныхъ окончаній. *Sänger* высказываетъ подобное же мнѣніе (*vulvitis pruriginosa*). *Veit* находилъ довольно часто „воспалительный паракератозъ“, мелкоклѣточковую подъэпителиальную инфильтрацію.

Мѣстные измѣненія, наблюдаемая при *pruritus vulvae*, выражаются преимущественно краснотой и припухлостью вульварныхъ псхрововъ. Нерѣдко въ послѣднихъ наблюдаются также болѣе или менѣ глубокія трещины. Однако, остается еще невыясненнымъ, являются-ли эти измѣненія первичными, или наблюдаются лишь какъ послѣдствіе зуда, расчесовъ и другихъ раздраженій. Къ числу послѣднихъ можно, между прочимъ, отнести раздраженіе вульварныхъ покрововъ раковымъ отдѣляемымъ и ѣдкими истеченіями при гнойномъ катаррѣ матки, раздраженіе со стороны неподходящихъ пессаріевъ, смачиваніе преддверія содержащей сахаръ мочою при диабетѣ или сильно концентрированной мочою при артритѣ, развитіе молочницы (*soor*) или экземы въ области наружныхъ половыхъ органовъ и пр. Нерѣдко *pruritus vulvae* является симптомомъ начинающагося рака вульвы. Въ нѣсколькихъ случаяхъ у особъ, страдавшихъ зудомъ вульвы, я находилъ весьма сильно развитыя, эктатическія сальныя железы на внутренней поверхности преддверія<sup>1)</sup>, а также неправильное расположеніе волосъ. Иногда зудъ локализируется въ старыхъ, тугихъ, легко трескающихся рубцахъ на промежности и въ преддверіи. Острицы также иногда служатъ причиной зуда.

Иной разъ зудъ вульвы развивается въ связи съ гинекологическими заболѣваніями (*retroflexio, retroflexio uteri gravidi, воспаленіе придатковъ*), причемъ эффектъ леченія этихъ заболѣваній, въ смыслѣ устраненія зуда, говоритъ въ пользу несомнѣнности этой связи, хотя и не объясняетъ ея.

Наконецъ, зачастую *pruritus vulvae* находится въ тѣсной связи съ онанизмомъ. Самыя нравственныя женщины могутъ подъ вліяніемъ его сдѣлаться при-

1) *Gum mert* въ нѣсколькихъ случаяхъ *pruritus vulvae* видѣлъ, напротивъ, рѣзкую атрофію сальныхъ железъ, которую онъ и ставитъ въ этиологическую связь съ зудомъ. В. Г.

вычными онанистками; съ другой стороны, чрезмерное злоупотребленіе онанизмомъ можетъ легко повести къ развитію зуда.

Для назначенія правильнаго леченія, конечно, очень важно узнать истинную причину зуда. Если больная страдаетъ катарромъ или ретрофлексіей матки, то съ ихъ излеченіемъ часто проходитъ и зудъ. При молочницѣ мы рекомендуемъ орошенія или обмыванія вульвы 3% растворомъ борной кислоты. Вообще опрятность имѣеть здѣсь громадное значеніе. Нерѣдко весьма дѣйствительными оказываются простыя обмыванія съ мыломъ, которыя долженъ дѣлать самъ врачъ (P. Ruge). Если врачъ имѣеть дѣло съ новообразованіемъ на вульвѣ, съ аспе, а особенно съ рубцами, то слѣдуетъ прибѣгнуть къ соответствующему оперативному вмѣшательству. Мы нѣсколько разъ удавалось излечивать самый мучительный pruritus путемъ удаленія слизистой оболочки преддверія, которая была густо покрыта пустулами, и путемъ эксцизии промежностныхъ рубцовъ съ послѣдующей перинеопластикой.

Если мы имѣемъ дѣло съ зудомъ вульвы безъ явственнаго анатомическаго субстрата, то слѣдуетъ прибѣгнуть къ прохладнымъ компрессамъ съ уксуснокислымъ глиноземомъ и крезаминомъ (1:1000—1:400), къ смазыванію зудящихъ мѣстъ 5% растворомъ карболовой кислоты, 10% растворомъ кокаина или айкаина, oleo rusci, lig. carbon deterg., мезотаномъ (1 ч. на 2 ч. оливковаго масла), ихтіоломъ, тиоломъ, а также эпикариновой мазью (5—10%), или мазями съ туеноломъ, перувіанскимъ бальзамомъ, ментоломъ и пр.; можно также испробовать электризацію слабыми гальваническими токами<sup>1)</sup>. Но и въ этихъ случаяхъ эксцизія наиболѣе чувствительныхъ мѣстъ даетъ наилучшіе результаты. Въ качествѣ успокаивающихъ средствъ могутъ служить суппозиториі съ кокаиномъ, ортоформомъ, опиумъ и морфіемъ.

Не слѣдуетъ забывать и объ общемъ леченіи. Весьма полезными здѣсь оказываются: питательная діета, укрѣпленіе нервной системы, холодныя обтиранія, регулированіе сна, примѣненіе антипирина, фенацетина, сульфонала, тіонала, гедонала, броматовъ и препаратовъ мышьяка.

Подъ вагинизмомъ мы понимаемъ рефлекторную судорогу поперечно-полосатой мускулатуры женскаго полового канала, — *constrictoris cunni*, промежностной мускулатуры, *sphincteris ani* и особенно *m. levatoris ani*. Судорога появляется рефлекторнымъ путемъ и притомъ подъ влияніемъ лишь опредѣленныхъ моментовъ, по большей части вслѣдствіе дотрогиванія до гиперестезированнаго гимена. Весьма часто судорога эта сопряжена съ весьма значительными болями, вслѣдствіе чего больная старается уберечь себя отъ повторнаго раздраженія.

Центрипетальные пути проходятъ въ *plexus hypogastricus inferior*, нервы котораго происходятъ изъ *sympathicus* и спинальныхъ волоконъ 2, 3 и 4-го сакральныхъ нервовъ. Двигательными путями являются *gami musculares* нервовъ промежности и клитора и нижняго срамнаго нерва (V e i t).

1) Изъ новѣйшихъ способовъ леченія зуда вульвы слѣдуетъ упомянуть о радиотерапіи, давшей хорошіе результаты Noweg'y, Delherm'y и La-queierge'y. В. Г.

Вагинизмъ встрѣчается преимущественно у женщинъ, недавно вышедшихъ замужъ. Онѣ обращаются къ врачу съ жалобами на боли при сношеніи. Супругъ же указываетъ, что введеніе полового члена при сношеніи невозможно.

Въ большинствѣ случаевъ изслѣдованіе больныхъ даетъ одинаковый результатъ: у больной, при попыткахъ врача дотронуться пальцемъ до преддверія, появляется сильная боль, и она тотчасъ отодвигается назадъ. Если же больная, напрягши всю свою силу воли, дозволить ввести палецъ въ вагину, то послѣдній ясно ощущаетъ сильное сжатіе *constrictoris cunni*, сокращеніе пучковъ *levatoris ani*, перекрещивающихъ влагалище, причемъ одновременно сокращается и та часть этой мышцы, которая образуетъ *sphincter ani*.

Гимень по большей части оказывается неповрежденнымъ и лишь въ рѣдкихъ случаяхъ обнаруживаетъ неглубокіе надрывы. Очень часто онъ представляется толстымъ и мясистымъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи вырѣзаннаго кусочка гимена, мы обыкновенно не находимъ, какъ я доказалъ это въ нѣсколькихъ случаяхъ, того обилія нервныхъ элементовъ, которое можно было-бы предполагать а priori.

Зависитъ-ли вагинизмъ исключительно отъ состоянія дѣвственной плевы, или въ происхожденіи его играютъ роль и другія части вульвы, ихъ ссадины и поверхностныя изъязвленія, — вопросъ этотъ рѣшается различно. *Wip s k e l* и нѣкоторые другіе высказываются за исключительно гименальное происхожденіе вагинизма. Всѣ, впрочемъ, соглашаются съ тѣмъ, что исходнымъ мѣстомъ вагинизма служить чаще всего ригидный или весьма чувствительный гимень. Мои личныя наблюденія говорятъ также въ пользу возрѣнія *Wip s k e l*'я.

Далѣе, является-ли чрезмѣрная чувствительность гимена первичною, или же она развивается вслѣдствіе неудачныхъ попытокъ къ половому сношенію, отъ природы-ли дѣвственная плева бываетъ настолько ригидною, что составляетъ непреодолимое препятствіе для введенія даже хорошо напряженнаго полового члена, или она бываетъ ригидна лишь относительно, т. е. вслѣдствіе слишкомъ слабыхъ попытокъ къ половому сношенію, зависящихъ отъ слабой потенціи мужчины, — все это вопросы, на которые также не всегда можно бываетъ дать удовлетворительный отвѣтъ.

Встрѣчающаяся иногда при вагинизмѣ полная ненарушенность гимена, на которомъ нельзя обнаружить ни малѣйшаго поврежденія, говорить, повидимому, за первичный неврозъ.

Въ числѣ предрасполагающихъ моментовъ къ вагинизму слѣдуетъ отмѣтить склонность больной къ истеріи. Быть можетъ, въ иныхъ случаяхъ предрасполагающимъ моментомъ является ненормальное положеніе вульвы, вслѣдствіе котораго *repis*, при половомъ сношеніи, встрѣчаетъ особенно чувствительныя части наружныхъ половыхъ органовъ: уретральное отверстіе или даже клиторъ (*S c h r ö d e r*).

Иногда вагинизмъ наблюдается даже во время родовъ (*Veit*), причемъ чрезмѣрная чувствительность гимена можетъ помѣщать рожденію головки. Въ такихъ случаяхъ нѣсколькихъ вдыханій хлороформа бываетъ достаточно, чтобы помочь бѣдѣ.

Наконецъ, *levator ani* и мышцы наружныхъ половыхъ частей могутъ подвергаться періодически наступающимъ судорогамъ, зачастую очень болѣзненнымъ и во всякомъ случаѣ весьма тягостнымъ, которыя, однако, наступаютъ совершенно независимо отъ половыхъ сношеній и родовъ. Иногда здѣсь причина лежитъ въ катаррѣ матки.

Примѣръ: дѣвица 63 лѣтъ, учительница, 6 лѣтъ тому назадъ перенесла тифъ и сильное воспаленіе пузыря, послѣ чего стала страдать судорогами рукава и „кишки“, распространявшимися на лѣвую ногу. При изслѣдованіи, половыя части оказались такими, какія обычно бываютъ у старухъ; умѣренный катарръ матки, устраненіе котораго осталось безъ вліянія на судороги. Тогда примѣнена гальванизация, сначала ежедневная, потомъ рѣже, всего въ теченіе 4—5 недѣль. Съ этого времени въ состояніи больной произошло значительное улучшеніе; судороги вре-

менами, правда, повторялись, но гораздо рѣже и съ меньшими болями, чѣмъ прежде. Пациентка получила возможность спать, что для нея раньше было совершенно невозможно, — стала чувствовать себя крѣпче и здоровѣе и прибыла въ вѣсѣ.

Диагнозъ вагинизма можно поставить только на основаніи изслѣдованія и ощущиванія. Слѣдуетъ имѣть при этомъ въ виду, что далеко не во всѣхъ случаяхъ, когда молодые супруги жалуется за неуспѣшность попытокъ къ половому сношенію, имѣть мѣсто вагинизмъ. Очень часто всему виною неловкость и неопытность мужчины, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ относительная или абсолютная импотенція его.

Анамнезъ (бываетъ иногда очень теменъ вслѣдствіе неясности отвѣтовъ, зависящей отъ неопытности или умышленной лжи.

Терапія въ легкихъ случаяхъ можетъ ограничиваться лишь предписаніями относительно выполненія половыхъ сношеній (смазываніе полового члена жирными веществами, осторожное введеніе его, приподнятое положеніе зада у женщинъ). Если дѣвственная плева очень чувствительна, то первоначально примѣняютъ, послѣ обезболиванія ея 5<sup>0</sup>/<sub>0</sub> растворомъ кокаина, введеніе трубчатыхъ зеркалъ возрастающей толщины. Такая дилатация примѣняется въ теченіе нѣсколькихъ сеансовъ. Если она не ведетъ къ цѣли, то наилучшіе результаты, согласно моему опыту, даетъ иссѣченіе чувствительнаго органа. Больную усыпляютъ, послѣ чего гимень обрѣзываютъ кругомъ у основанія вплоть до уретральнаго отверстія; края раны соединяютъ нѣсколькими швами. Одни лишь надрѣзы дѣвственной плевы, по большей части, бесполезны. Veit, однако, полагаетъ, что лучшіе результаты получаютъ при радіальныхъ разрѣзахъ гимена, которые необходимо дѣлать вплоть до самаго основанія, зашивая ихъ въ поперечномъ направленіи. Операцию эту онъ соединяетъ съ дилатационнымъ леченіемъ при помощи трубчатыхъ зеркалъ возрастающаго калибра, вводимыхъ вначалѣ подъ кокаиновой анестезіей, а потомъ и безъ нея. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ блестящіе результаты даетъ гальванизация — анодъ на промежность, катодъ на лобокъ (L o m e r).

### 3. Новообразованія вульвы.

Липомы вульвы могутъ исходить изъ большихъ губъ и изъ *mons Veneris*. Онѣ достигаютъ иногда необыкновенной величины и вѣса, что дѣлаетъ эти опухоли крайне тягостными для больныхъ. Обыкновенно липомы очень рано вытягиваютъ окружающую кожу въ ножку (*cutis pendula*). Въ общемъ эти опухоли очень рѣдки. Graefe наблюдалъ липому большой губы, исшедшую изъ субсерознаго жирового пласта, лежащаго между вагиной и нисходящей вѣтвью лонной кости (*recessus pubicus fossae ischio-rectalis*). Точно такую же липому однажды экстирпировалъ я (въ октябрѣ 1900 г.). Удаливъ опухоль, я зашилъ глубокую полость; наступило выздоровленіе.

Операция очень проста, а потому не требуетъ особаго описанія.

Фибромы вульвы принадлежатъ къ рѣдкимъ опухолямъ. Klob первый доказалъ, что въ нѣкоторыхъ изъ нихъ находятся гладкія мышечныя волокна<sup>1)</sup>.

1) Иногда опухоль почти исключительно содержитъ мышечные элементы, такъ что является чистой миомой (случай, описанный Madlener'омъ). Въ другихъ случаяхъ фиброма вульвы, подвергаясь миксоматозному перерожденію, становится чистой миксомой (случай Graefe). Fromme описалъ недавно случай *fibroma lipomatodes*, гдѣ опухоль была съ голову взрослога мушины величиною. В. Г.

Весьма вѣроятно, что такія фибромы, а равно чистыя міомы (Morestin) и нѣкоторыя фибромы, не содержація примѣси мышечныхъ элементовъ, исходятъ изъ круглыхъ связокъ. Онѣ могутъ сидѣть на широкомъ основаніи, но могутъ имѣть и ножку. Изрѣдка опухоли эти достигаютъ большой величины. Такъ, Géroula nos описываетъ фиброму вульвы въ 8½ килогр. вѣсомъ, развившуюся у больной 44 лѣтъ въ теченіе десятилѣтія.

При постановкѣ діагноза слѣдуетъ заботиться о томъ, чтобы не смѣшать ихъ съ элифантіатическими опухолями. Не разъ случалось, что опухоли, описанныя, какъ фибромы, а особенно — какъ кистовидныя фибромы (лимфѣктатическія), на самомъ дѣлѣ оказывались проявленіями элифантіазиса. Соотвѣтственно способу прикрѣпленія ихъ слѣдуетъ прибѣгать то къ вылушенію этихъ опухолей, то къ простой ампутаціи. Я ре-



Рис. 56.



Рис. 57.

Рис. 56. *Cutis pendula labii majoris dextri*. На рисункѣ отчетливо видно характерное для этихъ опухолей кистеобразное строеніе. Больная 49 лѣтъ. Опухоль существовала уже нѣсколько лѣтъ, постоянно увеличиваясь. Ампутація.

Рис. 57 Готтентотскій передникъ (*hypertrophia labiorum minorum*). Больная 22 лѣтъ, родила 1 разъ 4 года тому назадъ. Постепенное увеличеніе *labiorum minorum* было для нея очень тягостно. (O. Schmidt, Küstner-Neisser'овскій стереоскопическій атласъ).

комендую всегда прибѣгать къ оперативному удаленію разбираемыхъ опухолей съ тѣхъ поръ, какъ у меня былъ случай, гдѣ опухоль, которую я принялъ сначала за фиброму, и на экстирпацію которой больная случайно согласилась, оказалась при микроскопическомъ изслѣдованіи саркомой.

Міомы большихъ губъ наблюдались весьма рѣдко.

Энхондромы вульвы были наблюдаемы въ трехъ случаяхъ (J. Veit). Микроскопическаго изслѣдованія въ этихъ случаяхъ сдѣлано не было.

Какъ невромы, были описаны очень чувствительныя, небольшія опухоли въ области вульвы<sup>1)</sup>. Микроскопическихъ данныхъ тоже нѣтъ.

Достовѣрны, хотя и очень рѣдки, случаи ангиомъ вульвы.

Саркомы вульвы могутъ встрѣчаться въ видѣ твердыхъ, яйцевидныхъ опухолей фиброзной консистенціи, заложенныхъ въ мягкой жировой ткани большихъ губъ. Опухоль эти отличаются отъ фибромъ только своимъ относительно быстрымъ ростомъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи, обыкновенно были

1) Одинъ изъ наиболѣе интересныхъ случаевъ этого рода былъ описанъ Schmauch'омъ. Опухоль развилась изъ вѣтвей *p. pudendi* и лежала въ лѣвой большой губѣ, откуда простиралась, по ходу нерва, въ околослагалищную клетчатку вплоть до широкой связки. В. Г.



обнаруживаемы веретенообразно-клеточковыя саркомы. Иногда же саркомы представляют собою мягкія, быстро растущія опухоли, скоро дающія метастазы въ паховыя железы. Wipkel описал круглоклеточковую саркому вульвы величиною въ голову взрослого человѣка и микросаркому величиною въ голову ребенка. Вгипп описал двѣ фибросаркомы. Я лично наблюдалъ саркому столь богатую кровеносными сосудами, что ее можно назвать телеангиэктатической (описана O. Schmidt'омъ). Относительно экстирпации саркомъ я могу сказать то же самое, что будетъ сказано ниже о карциномѣ.



Рис. 58.



Рис. 59.

Рис. 58. Carcinoma labii majoris sinistri et clitoridis (cl). Больная 61 года, рожала два раза, перестала менструировать съ 39 лѣтъ. Годъ тому назадъ она замѣтила язву, которая постепенно стала увеличиваться. Операция была произведена 17 октября 1878 г. Паховыя железы не были экстирпированы, такъ какъ оказались не припухшими. Полтора года спустя у пациентки еще не было рецидива. (Наблюденіе изъ клиники Schultz'e въ Іенѣ).

Рис. 59. Carcinoma vulvae. Больная 53 лѣтъ, рожала 9 разъ, перестала менструировать съ 43 лѣтъ. Уже много лѣтъ тому назадъ пациентка замѣтила на правой большой губѣ мокнущее мѣсто. Впослѣдствіи въ этомъ мѣстѣ образовался бугоръ, который сталъ изъязвляться и кровоточить. 25 февр. 1881 года была сдѣлана экстирпация опухоли съ удаленіемъ клитора. Заживленіе первымъ натяженіемъ. Больная была отпущена безъ пораженія лимфатическихъ железъ, но уже 19 мая почувствовала нѣкоторую неловкость въ правой паховой области. При изслѣдованіи, въ этомъ мѣстѣ можно было прощупать нѣсколько припухшихъ, подвижныхъ железокъ. Экстирпация поверхностныхъ и глубокихъ железокъ этой стороны. Заживленіе per primam. Въ концѣ іюня рецидивъ въ паховой области, а 8 іюля больная умерла. (Наблюденіе изъ клиники Schultz'e въ Іенѣ).

Иногда въ большія губы врастаютъ саркомы, исходящія изъ мускульнаго аппарата lig. rotundi (см. главу XXIX).

Очень рѣдки въ области вульвы меланотическія опухоли. Н. Haeskel въ 1888 г. могъ указать лишь на 10 случаевъ, имѣющихся въ литературѣ, самъ же описалъ 11-й. Послѣ того нѣсколько новыхъ случаевъ описалъ Veit<sup>1)</sup>. Я лично оперировалъ нѣсколько такихъ больныхъ, напримѣръ:

1) Torggler, въ 1900 г., могъ собрать изъ литературы 18 случаевъ меланотической саркомы вульвы, къ которымъ присоединилъ 2 собственныхъ наблюденія. Въ  $\frac{3}{4}$  всѣхъ случаевъ опухоли эти наблюдались у женщинъ, находившихся къ климактерическомъ возрастѣ. Исходнымъ пунктомъ ихъ развитія чаще всего были половыя губы, затѣмъ клиторъ. По структурѣ приблизительно въ половинѣ случаевъ опухоли оказались веретенообразноклеточковыми, въ другой — круглоклеточковыми. Клинически онѣ отличались быстрымъ ростомъ и сильною злокачественностью. Распознаваніе было легко, благодаря характерному цвѣту новообразованія. Результаты леченія (хирургическаго) были мало успѣшны. За послѣдніе годы въ гинекологической литературѣ появились описанія цѣлаго ряда новыхъ случаевъ меланотической саркомы вульвы. В. Г.

1) Больная 65 лѣтъ. Асцитъ и злокачественная опухоль около матки; многочисленные метастазы въ брюшной полости и меланотическая саркома, величиною въ вишню, выдающаяся изъ уретры. Такъ какъ абдоминальныя опухоли не могли быть оперированы, то я сдѣлалъ лишь парацентезъ и экстирпировалъ уретральную опухоль (13 декабря 1890 г.).

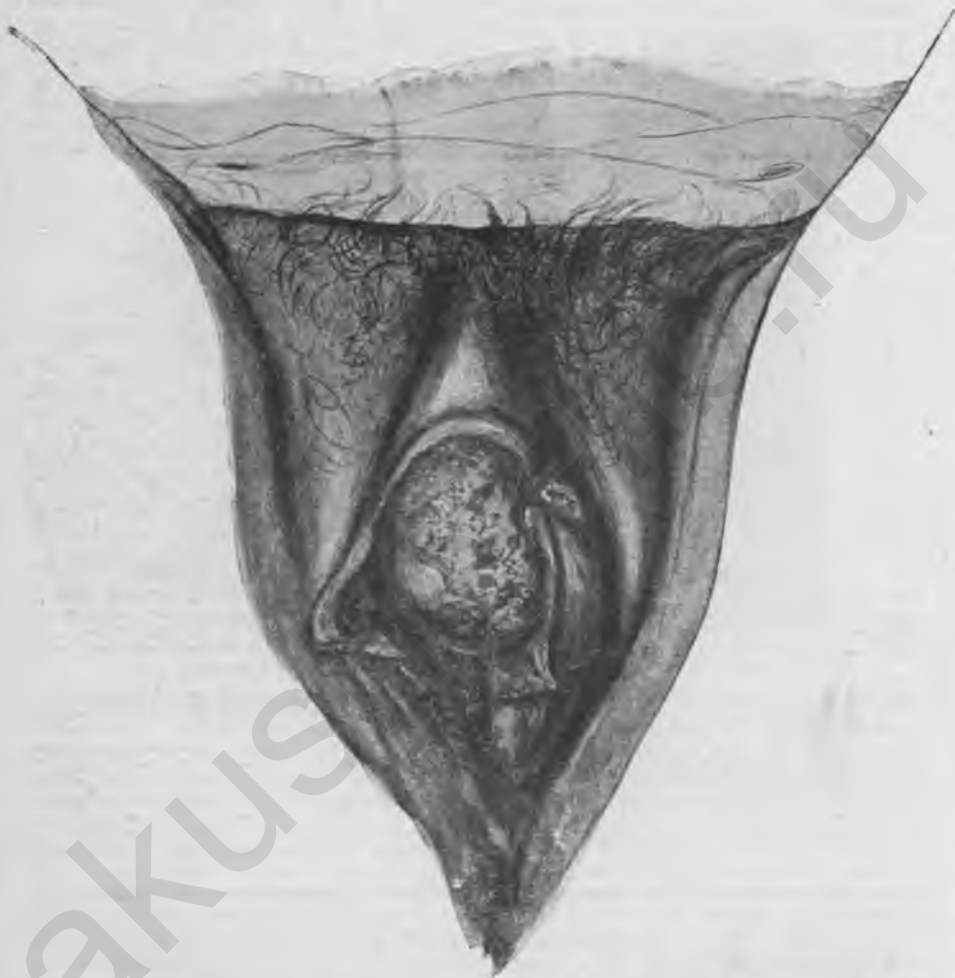


Рис. 60. Ракъ клитора. Больная 59 лѣтъ, рожавшая 2 раза, переставшая менструировать 10 лѣтъ, 2 мѣсяца назадъ замѣтила у себя въ области вульвы быстро росшую опухоль. Операція 21 ноября 1903 г. — Экстирпація опухоли и паховыхъ железъ съ обѣихъ сторонъ. Смерть на 6-й день послѣ операціи отъ флегмоны брюшной стѣнки.

2) Больная 56 лѣтъ. Годъ тому назадъ ей экстирпировали опухоль клитора. Въ томъ же мѣстѣ теперь у ней имѣется, вмѣстѣ съ линейными рубцами послѣ операціи, меланотическая опухоль величиною съ вишню, исходящая изъ sulcus interlabialis sinister (подъ микроскопомъ новообразованіе оказалось саркомой). Въ лѣвыхъ паховыхъ железахъ метастазъ величиною въ кулакъ. Экстирпація вульварной опухоли была очень легка; метастатическія же лимфатическія железы были экстирпированы съ трудомъ, но, тѣмъ не менѣе, безъ поврежденія большихъ сосудовъ. Выздоровленіе.

Тератома большой тубы, съ гусиное яйцо величиною, содержащая Lieberkühn'овы крипты, солитарные фолликулы, субмукозу и мышцы, была наблюдаема однажды Duciaux и Hergensmidt'омъ.

Ракъ вульвы можетъ исходить изъ различныхъ отдѣловъ послѣдней, преимущественно же изъ клитора и межгубныхъ складокъ, рѣдко изъ Bartholin'овыхъ железъ. Исходный пунктъ развитія карциномы можно установить лишь тогда, когда опухоль еще незначительна по объему. Когда же она распространилась на окружающія части, то такое распознаваніе не всегда удается.

Если исходнымъ мѣстомъ карциномы является Bartholin'ова железа, то обыкновенно при изслѣдованіи находятъ широкую кратерообразную язву, расположенную въ задней части вульвы. Этотъ кратеръ представляетъ изъ себя просвѣтъ железы, развороченный вслѣдствіе распада опухоли. Микроскопически въ этихъ случаяхъ новообразование оказывается обыкновенно аденокарциномой. Меланотическая карцинома клитора, которую я оперировалъ однажды у 70-лѣтней старухи, является большой рѣдкостью.

Тѣ раки вульвы, — а ихъ большинство, — которые исходятъ не изъ Bartholin'овыхъ железъ, принадлежатъ къ канкронидамъ. Тѣмъ не менѣе они чрезвычайно злокачественны, ибо вульва снабжена весьма многочисленными и широкими лимфатическими сосудами. Специально для рака клитора высокая злокачественность установлена

Jacobu, собравшимъ всѣ извѣстныя въ литературѣ случаи этого заболѣванія. Обыкновенно уже вскорѣ послѣ появленія опухоли заболѣвають сначала поверхностныя, а затѣмъ и глубокія паховыя железы, притомъ, по большей части, сначала лишь съ одной стороны, такъ какъ ракъ очень часто поражаетъ лишь одну половину вульвы. Слѣдующимъ этапомъ по пути распространения рака вульвы являются glandulae iliacae.

Очень часто первымъ симптомомъ начинающейся карциномы вульвы бываетъ нестерпимый зудъ (pruritus)<sup>1)</sup>. Впослѣдствіи, когда изъязвленіе распространится далѣе, появляются рѣжущія боли при мочеиспусканіи, кровянистое отдѣленіе, а еще позже — самопроизвольныя боли.

Когда болѣзнь распространяется на лимфатическія железы, то первоначальный очагъ ея находится обычно уже въ состояніи силь-



Рис. 61. Carcinoma vulvae (роговой ракъ). Больная 58 лѣтъ, незадолго до поступленія въ клинику замѣтила опухоль вульвы, выделявшую по временамъ кровянистую жидкость. При изслѣдованіи, опухоль оказалась больше голубиного яйца величиною, съ бурнгою поверхностью; находилась она непосредственно подъ glans clitoridis. Паховыя железы не прощупывались. Было сдѣлано изсѣченіе рака.

1) Въ параллель съ этимъ заявленіемъ автора слѣдуетъ поставить фактъ, констатированный нѣкоторыми наблюдателями, что ракъ вульвы очень часто развивается изъ kraurosis vulvae. В. Г.

наго язвеннаго распада, и больныя, благодаря распаденію опухоли, болямъ и тромботическимъ процессамъ въ области бедренной вены, которая проходитъ подъ инфильтрированными паховыми железами, представляются изможденными.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда раковая опухоль еще мала, особенно же, когда она сидитъ въ складкѣ между половыми губами въ видѣ плоской язвы, задачей діагноза является — отличить ее отъ *ulcus induratum* и *ulcus rodens*. Анамнезъ, социальное положеніе больной и состояніе здоровья ея мужа являются немаловажнымъ діагностическимъ подспорьемъ. Въ спорныхъ случаяхъ не надо терять времени на противосифилитическое леченіе или же на прижиганія, а слѣдуетъ вырѣзать кусочекъ изъ язвы, уплотнить его, сдѣлать срѣзы и изслѣдовать подъ микроскопомъ.



Рис. 62. *Carcinoma clitoridis*. Больная 51 года. Осенью 1896 г. у нея начался зудъ въ половых органахъ, затѣмъ образовалась болѣзненная опухоль и появились бѣлы. При изслѣдованіи, на мѣстѣ головки клитора найдена опухоль величиною въ 2-марковую монету, съ зернистой поверхностью, желто-краснаго цвѣта. Слѣва въ паховой области прощупывались железы величиною въ бобъ. 11 февраля 1897 г. было произведено удаленіе опухоли вмѣстѣ съ экстирпаціей паховыхъ железъ (съ обѣихъ сторонъ) и жировой ткани, находящейся между ними и вульвой. На рану наложены были швы. Заживленіе *per primam*. При микроскопическомъ изслѣдованіи, лѣвыя паховыя железы оказались пораженными ракомъ, правыя — здоровыми.

Терапія состоитъ въ возможно обширномъ изсѣченіи опухоли. Операцию эту рекомендуется примѣнять даже тогда, когда опухоль достигла уже значительной величины. Слишкомъ обильное кровотеченіе легко прекращается перевязкой сосудовъ.

При операциі должны быть экстирпированы и паховыя железы, даже если онѣ и неособенно увеличены; удаленіе железъ надо производить не на одной только сторонѣ, а на обѣихъ. Выгоднѣе всего начинать операцию именно съ удаленія железъ, а затѣмъ уже перейти къ изсѣченію первичнаго очага. На необходимость одновременнаго вылуценія паховыхъ железъ при рактѣ вульвы мною было указано уже давно.

Разрѣзъ для экстирпаціи паховыхъ железъ лучше всего проводить надъ этими послѣдними, параллельно *Ро и part'*овой связкѣ, продолжая его затѣмъ къ первичному очагу, чтобы удалить находящуюся между этимъ послѣднимъ и железами жировую ткань. Поверхностныя, т. е. лежащая надъ *fascia cutis*, железы легко удалить черезъ кожный разрѣзъ; что касается глубокихъ, лежащихъ подъ фасціей, то ихъ надо удалять осторожно, тупымъ путемъ, такъ какъ бедренные сосуды лежатъ съ ними въ непосредственномъ соудствѣ. Иногда послѣ широкой экстирпаціи паховыхъ железъ наблюдаются явленія застоя въ нижнихъ конечностяхъ; явленія эти, однако, скоро вновь выравниваются.

Такъ какъ кожа въ области половыхъ органовъ очень легко перемѣщается, то даже большой дефектъ, получившійся вслѣдствіе операціи, можетъ быть закрытъ совершенно или въ значительной степени.

Мнѣ случалось экстирпировать пораженныя глубокія паховыя железы, которыя буквально обросли бедренные сосуды въ томъ мѣстѣ, гдѣ послѣдніе выходили изъ бедреннаго канала. Въ подобныхъ случаяхъ слѣдуетъ всегда щадить бедренную вену и не прибѣгать къ ея перевязкѣ, хотя-бы мы даже были увѣрены, что послѣдняя не повлечетъ за собою гангрены ноги, тѣмъ болѣе, что результатъ удаленія рака въ такихъ случаяхъ, въ смыслѣ полного выздоровленія больной, очень сомнителенъ.

Нѣкоторые гинекологи, особенно при небольшихъ ракахъ клитора, предпочитаютъ производить экстирпацію при помощи термокаутера, такъ какъ при этомъ разрушаются и раковые элементы, находящіеся въ пограничной полосѣ.

Я рекомендую именно для раннихъ случаевъ рака вульвы возможно болѣе широкую экстирпацію опухоли вмѣстѣ съ железами.

Прочное излеченіе рака вульвы наблюдается лишь послѣ радикально выполненной операціи.

Если ракъ вульвы недоступенъ болѣе оперативному вмѣшательству, то его надо держать въ возможной чистотѣ. Хотя при этомъ едва-ли можно обойтись безъ сидячихъ ваннъ, — по крайней мѣрѣ, пока больная не будетъ вынуждена оставаться въ постели, — однако лучше поддерживать раковую язву въ сухомъ состояніи, прибѣгая къ присыпанію ея дерматоломъ, таниномъ, смѣсью изъ іодоформа, танина и крахмала или изъ іодоформа и угольнаго порошка<sup>1)</sup>.



Рис. 63. Рубецъ послѣ экстирпаціи рака вульвы съ паховыми железами и промежуточной жировой тканью. Больная 23 л., начавшая менструировать на 17-мъ году, родившая 9 мѣсяцевъ тому назадъ, за послѣдніи 4 недѣли жалуется на боли въ области наружныхъ половыхъ частей и гнойное истеченіе. Операція 23 дек. 1898 г. Такъ какъ при этомъ пришлось удалить и большую часть уретры, то у пациентки развилось недержание мочи, потребовавшее оперативнаго суженія остатка мочеиспускательнаго протока (4 мая 1899 г.). Больная оставалась здоровой, спустя нѣсколько лѣтъ.

1) Кромѣ перечисленныхъ авторомъ опухолей вульвы, здѣсь въ исключительныхъ случаяхъ встрѣчаются дермоиды (случай Souligoux — дермоидъ правой большой губы въ мандаринъ величину) и эхинококки (случай, описанный Сагисо, гдѣ эхинококковая киста, въ орѣхъ величину, развилась въ mons Veneris). В. Г.

#### 4. Грыжи больших губъ.

Изъ грыжъ большихъ губъ весьма рѣдки паховыя: внутренности, салникъ и кишки спускаются въ паховой каналъ, выпячиваютъ брюшину въ видѣ мѣшка и, разъ они пройдутъ черезъ наружное паховое кольцо, выполняють собою соответствующую большую губу. Въ этотъ мѣшокъ входятъ и части внутреннихъ половыхъ органовъ, какъ, напримѣръ, соответствующій яичникъ и даже матка.



Рис. 64. Раковая инфильтрація паховой железы при ракъ правой малой губы и клитора. Больная 51 г.; 2 янв. 1909 г. у ней изсѣчены, по поводу рака, большія и малыя половыя губы и клиторъ; одновременно удалены паховыя железы и промежуточная жировая ткань. Выздоровление.

Очень рѣдко случается, что кишки выходятъ въ промежутокъ между пучками *Ievatoris ani*, отгнѣсняютъ книзу передній или задній листокъ *lig. latî*, послѣ чего проникають въ большую губу, а именно въ заднюю ея часть (влагалищно-губная грыжа).

Для паховыхъ грыжъ обыкновенно является вполне достаточнымъ лечение при помощи обыкновенныхъ грыжевыхъ бандажей. Впрочемъ, радикальная операція, состоящая въ резекциі грыжевого мѣшка, является здѣсь болѣе простой и благодарной, чѣмъ у мужчинъ. Разрѣзъ при операціи проводится, на протяженіи 5—8 сант., параллельно *Poupart'*овой связкѣ, непосредственно надъ нею; затѣмъ разсѣкается фасція, грыжевой мѣшокъ отпрепаровывается, изолируется, разсѣкается (*Bassini*), перевязывается, отрѣзывается, и накладываются глубокіе и поверхност-

ные швы. Разумѣется, предписанія Кошег'а относительно бокового и инвагинаціоннаго смѣщенія мѣшка должны быть примѣняемы и у женщины<sup>1)</sup>).

При влагалищно-губныхъ грыжахъ операція непримѣнима, — въ этомъ убѣждаетъ насъ попытка, сдѣланная Винскелемъ, гдѣ пришлось ограничиться примѣненіемъ обыкновеннаго, похожаго на гистерофоръ грыжевого бандажа Сагар'ы, которымъ и удерживались выпадавшія внутренности.

При бедренныхъ грыжахъ слѣдуетъ подойти къ грыжевому мѣшку, разсѣчь его, вправить выпавшія внутренности, перевязать и отрѣзать грыжевой мѣшокъ, зашивъ затѣмъ рану послойно. При операціи надо остерегаться, чтобы не поранить бедренной вены.

---

1) Говоря о паховыхъ грыжахъ у женщинъ, слѣдуетъ упомянуть, что въ отдѣльныхъ случаяхъ ихъ могутъ симулировать кисты, развившіяся изъ зарощеннаго Нискова дивертикула брюшины (то же, что processus vaginalis peritonei у мужчинъ). Подобныя кисты описаны Менсигеомъ, Вессономъ и др. авторами; одинъ случай такой кисты наблюдалъ въ своей практикѣ и я. В. Г.

## Глава V.

### Поврежденія наружныхъ половыхъ органовъ и ихъ послѣдствія. — Перинеопластика. — Эпизиопластика.

Otto Küstner'a.

Во время половой жизни женщины ея наружные половые органы подвергаются т. наз. нормальнымъ поврежденіямъ. Нормальными эти поврежденія бываютъ тогда, когда они не переходятъ извѣстныхъ границъ и не влекутъ за собою патологическихъ процессовъ, требующихъ врачебнаго вмѣшательства, каковы, напр., сильныя кровотечения, значительныя изуродованія и ощутительныя функціональныя разстройства.

Поврежденія дѣвственной плевы. Въ нормальныхъ условіяхъ гимень представляетъ собою кольцо съ отверстіемъ, расположеннымъ центрально или эксцентрически, причемъ въ послѣднемъ случаѣ отверстие находится ближе къ уретрѣ. Обыкновенно гимень уже при первомъ соитіи получаетъ нѣсколько радіальныхъ надрывовъ, которые кровоточатъ довольно замѣтнымъ образомъ, хотя иногда немного и недолго. Эти надрывы рубцуются, послѣ чего дѣвственная плева изъ кольца превращается въ вѣнчикъ изъ небольшихъ кожистыхъ лоскутковъ, сидящихъ на овальномъ основаніи.

Иногда при половомъ сношеніи гимень надрывается глубже, такъ что наступаетъ болѣе значительное кровотеченіе, которое можетъ перепугать робкихъ людей. Въ другихъ случаяхъ гимень, будучи слишкомъ неподатливымъ, отрывается у самаго основанія, а penis входитъ во влагалище подъ оторваннымъ гименальнымъ сегментомъ. Бываетъ и такъ, что, при *hymen septus*, внутренняя перегородка разрывается, а ея остатки вдаются въ *introitus vaginae* въ видѣ довольно длинныхъ лопастей. Наконецъ, въ очень рѣдкихъ случаяхъ гимень при половомъ сношеніи не разрывается, а растягивается.

Мастурбація и неосторожное гинекологическое изслѣдованіе также могутъ обусловить собою указанные выше радіальные надрывы. Въ большинствѣ случаевъ дѣвственный гимень не въ состояніи пропустить безъ надрыва даже указательнаго пальца. Болѣе обширныя поврежденія гимена являются слѣдствіемъ преступныхъ дѣйствій или введенія во влагалище слишкомъ объемистыхъ предметовъ.

Поврежденія, вызванныя рожденіемъ ребенка нормальной величины, захватываютъ не только кожистую часть гимена, но и его основаніе и могутъ повести къ отрывамъ отдѣльныхъ гименальныхъ сегментовъ<sup>1)</sup>. Такъ какъ поврежденія эти заживаютъ *per secundam*, т. е. путемъ рубцеванія, то вслѣдствіе этого нарушается правильность гименальнаго вѣнчика, образованнаго, какъ было выше сказано, отдѣльными гименальными сегментами, сидящими на овальномъ основаніи. Въ концѣ концовъ оказывается, что въ нѣкоторыхъ мѣстахъ эти сегменты отсутствуютъ, или же два рядомъ сидящие сегмента отдѣлены другъ отъ друга бѣлымъ рубцомъ длиною въ нѣсколько миллиметровъ. Въ другихъ случаяхъ гименальные сегменты не лежатъ уже въ одной плоскости, а располагаются, вслѣдствіе рубцоваго стяги-

1) Въ нѣкоторыхъ случаяхъ гимень остается цѣлымъ не только послѣ половыхъ сношеній, но даже и послѣ родовъ. Случаи эти, разумѣется, принадлежатъ къ величайшимъ рѣдкостямъ. В. Г.



ванія, то выше, то ниже другъ друга. Въ общемъ всегда можно отличить, являются-ли гименальныя *carunculae myrtiformes* результатомъ полового сношенія, или же родовъ.

Родовыя пораженія въ области задней спайки точно также не заживаютъ *per primam*, но рубцуются послѣ болѣе или менѣе значительныхъ смѣщеній краевъ ранъ. Результатомъ этого является стойкое нарушеніе цѣлости промежности.

Послѣдствія такого стойкаго разрыва промежности гораздо тяжелѣе, если разорванъ и *sphincter ani*. Поэтому слѣдуетъ различать поврежденія двухъ родовъ: 1) поврежденія съ разрывомъ сфинктера и 2) поврежденія безъ этогого разрыва. Первые мы называемъ полными, а вторыя неполными разрывами промежности.

Вслѣдствіе неполнаго разыва промежности часть передней стѣнки влагалища, являющаяся теперь открытой, лишается вмѣстѣ съ тѣмъ опоры. Каждое болѣе сильное давленіе брюшнаго пресса выпячиваетъ ее изъ вульвы, особенно при полномъ пузырѣ. Въ результатѣ при этой весьма частой аномалии передняя стѣнка влагалища постоянно торчитъ между обѣими половинками вульвы. Подобнымъ же образомъ дѣло обстоитъ и съ задней влагалищной стѣнкой. Если промежность разорвана вплоть до верхушки *columnae rugarum*, то эта стѣнка выдается изъ вульвы даже въ тѣхъ случаяхъ, когда нѣтъ налицо вспомогательныхъ моментовъ, какъ, напр., временнаго болѣе сильнаго давленія брюшнаго пресса.

Итакъ, послѣдствіемъ каждаго неполнаго разрыва промежности является выпячиваніе задней, а иногда и передней влагалищной стѣнки (*descensus et prolapsus vaginae anterior et posterior*).

Выпячиваніе бываетъ сильнѣе тогда, когда матка ретрофлектирована (см. главу VIII).

Разстройства, наблюдающіяся при неполномъ разрывѣ промежности, бываютъ весьма разнообразны какъ въ количественномъ, такъ и въ качественномъ отношеніяхъ. Между тѣмъ какъ многія больныя не замѣчаютъ у себя этой неправильности или, самое большее, смотрятъ на нее, какъ на естественное послѣдствіе родовъ, — у иныхъ она вызываетъ рядъ припадковъ. Одни больныя жалуются на постоянное ощущеніе, какъ будто что-то хочетъ у нихъ выпасть между половыми губами, другія лишь тогда ощущаютъ это, когда ихъ брюшную прессу напрягается; нѣкоторыя же больныя ощущаютъ весьма непріятную для нихъ влажность въ слизистой оболочкѣ влагалища и являются врачу съ жалобой на бѣды.

Особенно ощутительнымъ для больной является выпаденіе влагалища во время беременности. Нѣкоторыя женщины узнаютъ о дефектѣ въ промежности лишь подъ старость, именно, когда въ ихъ наружныхъ половыхъ органахъ начинается исчезать жиръ.

У нѣкоторыхъ больныхъ, далѣе, промежностный дефектъ является исходнымъ пунктомъ невральгическихъ симптомовъ; такъ, напр., я оперировалъ нѣсколькихъ больныхъ, которыя жаловались на невыносимый *pruritus*. При изслѣдованіи оказалось, что самыми чувствительными были тѣ мѣста слизистой оболочки вульвы, гдѣ имѣлись рубцы, и ближайшіе къ нимъ участки покрововъ. Нѣкоторыя женщины, преимущественно находящіяся уже въ климактерическомъ возрастѣ, жалуются на грызущія боли въ промежности и кругомъ заднепроходнаго отверстія. При изслѣдованіи, у нихъ обнаружился *intertrigo*, происходящій отчасти отъ тренія, отчасти же отъ постояннаго смачиванія отдѣляемымъ выпавшей *columnae rugarum posterioris*. Для извѣстной категоріи больныхъ источникомъ страданія бываетъ самъ рубецъ. Въ однихъ случаяхъ онъ является мѣстомъ, изъ котораго исходятъ, какъ во время бодрствованія, такъ и во время сна, страстныя вожделнія, которыя, будучи соединены съ какимъ-то весьма непріятнымъ чувствомъ, очень мучатъ больныхъ. Иногда же рубецъ постоянно разрывается, напр., при половомъ сношеніи и

дефекции, вследствие чего получают трещины, весьма беспокоящая больных, особенно при мочеиспускании. Такого рода больные жалуются на жжение при мочеиспускании, что не раз уже являлось причиною ошибочнаго примѣненія къ нимъ терапии, относящейся къ острому воспаленію пузыря.

Иногда больныя узнаютъ о томъ, что вульва недостаточно хорошо закрывается, благодаря болѣе неприятному, чѣмъ болѣзненному симптому, называемому „garrulitas vulvae“. Löhlein первый обратилъ вниманіе на то, что разрывы промежности позволяютъ, при наличности нѣкоторыхъ условий, проникать во влагалище воздуху, который затѣмъ выпирается отсюда съ шумомъ, пожимъ на flatus. Чтобы воздухъ могъ проникнуть во влагалище, обыкновенно необходимо пониженіе внутрибрюшнаго и внутрирукавнаго давленія. Вслѣдствіе этого каждый гинекологъ, предпочитающій при изслѣдованіи коленно-локтевое положеніе больной, имѣетъ часто возможность наблюдать garrulitas. Даже при боковомъ положеніи или при перегибаніи туловища впередъ давленіе въ рукавѣ можетъ уже настолько уменьшиться, что при дефектѣ промежности возможно вышеописанное вхожденіе воздуха. Однако не при однихъ только гинекологическихъ изслѣдованіяхъ возможно описываемое явленіе, — оно можетъ проявляться и въ повседневной жизни, приводя больныхъ въ большое смущеніе.

Если промежность разорвана вмѣстѣ со sphincter'омъ ani, т. е. если дѣло идетъ о полномъ ея разрывѣ, то послѣдствіемъ его является incontinentia alvi. Газы и испраженія, какъ жидкія, такъ и твердыя, не удерживаются въ прямой кишкѣ. Вслѣдствіе прекращенія функций сфинктера наступаютъ весьма тяжелыя пищеварительныя разстройства.

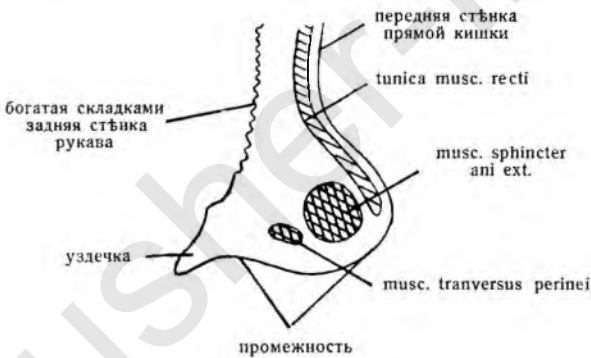


Рис. 65. Разрывъ черезъ промежность, нижнюю часть задней стѣнки рукава и передней стѣнки прямой кишки. На рисункѣ видны, на разрывѣ, гладкая мускулатура recti, musc. sphincter ani externus и m. transversus perinei. Изъ этого рисунка, далѣе, видно, что для образованія полной incontinentiae alvi необходимо, чтобы промежность разорвалась до известной высоты. Дѣло въ томъ, что одинъ sphincter externus завѣдуетъ произвольнымъ закрытіемъ прямой кишки. Если при полномъ разрывѣ промежности онъ будетъ поврежденъ только отчасти, то у больной сохраняется еще известная incontinentia. Наконецъ, изъ этого рисунка видно еще и то, что и частичные разрывы промежности могутъ совершенно разрушить sphincter ani и обусловить этимъ полное недержаніе газовъ и кала.

Incontinentia alvi является столь тяжелымъ страданіемъ, что она совершенно отвлекаетъ вниманіе больныхъ отъ менѣе тягостныхъ симптомовъ, порожденныхъ частичнымъ разрывомъ промежности и, конечно, имѣющихся налицо и при полномъ.

Нерѣдко больныя этого рода, прежде чѣмъ попасть къ гинекологу, лечатся у другихъ врачей, которые, не изслѣдуя половой сферы, назначаютъ имъ лекарственное леченіе. Таннинъ, таннигенъ, опіаты прописываются ими larga manu, но безъ всякаго успѣха. Единственнымъ результатомъ является лишь ухудшеніе пищеварительныхъ разстройствъ.

Случается, что промежность совершенно отсутствует, а между тѣмъ больныя все-таки могут нѣсколько задерживать газы и испражнения, даже если послѣднія жидки. Это бываетъ при разрывѣ нижней части сфинктера не больше, какъ на  $\frac{1}{2}$  сантиметра. При этомъ часть сфинктера, хотя и небольшая, все-таки остается. Однако способность сжимать anus преодолевается здѣсь легче, чѣмъ при нормальныхъ условіяхъ; кромѣ того полоска, отдѣляющая anus отъ вагины, такъ узка, что загрязнение вульвы, особенно при диарреѣ, является неизбѣжнымъ. Этотъ дефектъ самой нижней части прямой кишки очень трудно діагностируется, такъ какъ, съ одной стороны, за него нисколько не говорятъ симптомы, а съ другой — при немъ отсутствуютъ характерное выпаденіе красной слизистой оболочки recti. Это, впрочемъ, вполне естественно. Когда брюшной прессъ находится въ покойномъ состояніи, то толстый наружный эпидермисъ вдается въ rectum на 1—2 сантиметра, гдѣ и граничитъ своимъ зазубреннымъ острымъ краемъ съ покрытой цилиндрическимъ эпителиемъ слизистой оболочкой прямой кишки. Вслѣдствіе этого даже въ тѣхъ случаяхъ, когда недостаетъ 1— $1\frac{1}{2}$  сант. прямой кишки, заднепроходное отверстіе все-таки бываетъ окружено кожей. Другое затрудненіе въ правильной постановкѣ діагноза обуславливается тѣмъ, что, если разрывъ промежности очень старъ, то узкій мостикъ между вагиной и прямой кишкой пигментируется точно такъ же, какъ и всѣ окружающіе покровы.

Существуютъ удивительные рассказы о томъ, что нѣкоторыя женщины все еще удерживали калъ, хотя промежность была у нихъ разорвана на 3—4 сант. со стороны прямой кишки. Эти утвержденія могли возникнуть лишь вслѣдствіе того, что принимались на вѣру заявленія больныхъ, не умѣвшихъ за собою хорошо наблюдать. Впрочемъ, большинство этихъ больныхъ занимало по своему образованію такое социальное положеніе, что полное отсутствіе наблюдательности у нихъ является вполне понятнымъ.

При значительныхъ дефектахъ промежности происходитъ иногда нѣчто въ родѣ замыканія прямой кишки, обусловленное сильнымъ сморщиваніемъ рубца, которое можетъ быть преодолено лишь значительнымъ давленіемъ брюшного пресса. Впрочемъ, рубецъ этотъ обыкновенно бываетъ ненастолько стянутъ, чтобы совершенно закрыть нижній конецъ толстой кишки; поэтому жидкія испраженія и газы могутъ свободно проходить черезъ него.

Леченіе разрывовъ промежности. Для восстановленія пластическимъ путемъ промежности при частичномъ ея разрывѣ лучшими оказываются слѣдующіе три метода: методъ Simon-Hegar'a, Hewitt-Freund'a и лоскутная операція. Каждый изъ этихъ методовъ подвергался различнымъ модификаціямъ со стороны опытныхъ операторовъ. Такъ, напр. Simon-Hegar'овскій методъ былъ видоизмѣненъ Fritsch'емъ, Hewitt-Freund'овскій — Martin'омъ и мною.

Методъ Simon-Hegar'a является самымъ легкимъ для усвоенія, вслѣдствіе чего кажется и самымъ естественнымъ. Площадь освѣженія, которую слѣдуетъ конструировать en face, мы получаемъ при этомъ способѣ слѣдующимъ образомъ: сначала проводимъ сагитальную линію ( $ab$ ), которая представляетъ собою глубину предполагаемаго разрыва промежности, затѣмъ по сторонамъ отъ этой линіи намѣчаемъ два равновеликихъ куска ( $abcd$  и  $abe$ ), опредѣляющихъ профиль промежности (рис. 66). Такъ какъ различные операторы различнымъ образомъ представляютъ себѣ профиль промежности, то отсюда и площадь освѣженія при способѣ Simon-Hegar'a оказывается имѣющею различную фигуру. Далѣе, при операціи всегда стремятся ссудить новую вагину кверху. Это стремленіе больше всего бросается въ глаза въ фигурахъ освѣженія, предложенныхъ Simon'омъ и Fritsch'емъ для операціи colporrhaphiae posterioris: здѣсь уже у верхушки площади освѣженія линіи, ограничивающія послѣднюю, широко расходятся другъ отъ друга.

Всѣ эти модификаціи имѣютъ ту общую черту, что площадь освѣженія при нихъ располагается симметрично по обѣ стороны отъ медиальной или сагитальной плоскости тѣла, и что обѣ симметричныя и равновеликія половины ея прикладываются одна къ другой.

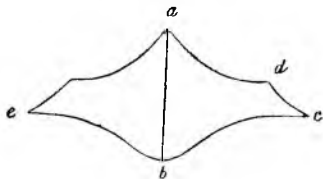


Рис. 66 представляетъ промежность, разрыванную по средней линіи и открытую почти на три четверти, т. е. до линіи  $ab$ ;  $dc$  — frenulum. Такой видъ должна имѣть идеальная треугольная площадь освѣженія при частичной перинеопластикѣ.

При способах второй категории (Hewitt-Freund-Martin'овская перинеопластика) площадь освѣженія можно также расположить симметрично, хотя это и не въ такой мѣрѣ необходимо. Характернымъ признакомъ данныхъ способовъ служить то, что толстая *columna rugatum posterior* остается здѣсь неповрежденной. Въ этихъ видахъ площадь освѣженія наверху, въ рукавѣ, раздвигается по обѣ стороны *columnae rugatum*, и края каждой изъ этихъ верхушекъ соединяются отдѣльно, причемъ у основания ихъ получается двусторонне-симметричное соединеніе. Одни операторы дѣлаютъ освѣженіе слизистой оболочки по сторонамъ *columnae* въ видѣ прямоугольниковъ (Martin), другіе придаютъ верхушкамъ площади освѣженія треугольную форму (Hewitt), а нѣкоторые закругляютъ эти верхушки (Freund). Но существенной разницы здѣсь нѣтъ.

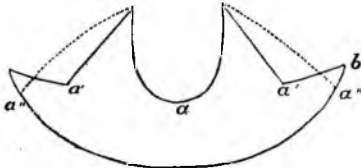


Рис. 67.

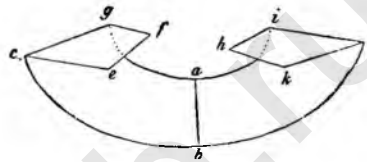


Рис. 68.

Рис. 67. Фигура освѣженія при частичной перинеопластикѣ по Freund'у (линейный контуръ) и по Bischoff'у (пунктированный контуръ). Здѣсь видно различіе обоихъ методовъ: при операци по Freund'у образуется уздечка (по длинѣ равная *ab*), при операци же по Bischoff'у уздечки не получается.

Рис. 68. Фигура освѣженія при частичной перинеопластикѣ (кольпоперинеорафіи) по Winkler'ю. Площадь освѣженія — *cgaidb*. По бокамъ ея лоскуты *cgfe* и *dkhi* не отрѣзаны, но оставлены; *ef* соединяется съ *kh*, *cg* съ *di*, *cb* съ *db* и *ga* съ *ia*. Увеличеніе промежности вѣдствие операци равно въ длину линіи *cb*, а въ глубину — *ab*.

Особую группу методовъ перинеопластики образуютъ лоскутные методы, хотя изъ ихъ числа способъ Bischoffa можетъ быть причисленъ также къ методамъ 2-й группы, а способъ Winkler'я — къ методамъ 1-й группы.

По способу Bischoffa, путемъ пластики не образуется ни истинной уздечки, ни *fossae navicularis*, что достигается другими методами второй группы. При способахъ Hewitt'a и Freund'a, уздечка имѣетъ длину равную *ab* (см. рис. 67), причемъ у *a* лежитъ самая глубокая часть *fossae navicularis*. При методѣ Bischoffa слизистая оболочка вагины непосредственно переходитъ въ кожу промежности.

Методъ Winkler'я отличается отъ способовъ 1-й группы лишь тѣмъ, что кусокъ кожи, который при послѣднихъ способахъ удаляется, здѣсь остается прикрѣпленнымъ къ бокамъ фигуры освѣженія и сливается вмѣстѣ съ нею.

Своеобразный способъ перинеопластики, который также слѣдуетъ отнести къ лоскутнымъ методамъ, придуманъ Simpson'омъ и Lawson-Tait'омъ. Оба они разрѣзываютъ промежность только поперекъ, по переднему (нижнему) краю разрыва; затѣмъ на концахъ этого поперечнаго разрѣза дѣлаются два сагиттальныхъ разрѣза, рана растягивается въ діагональномъ направленіи и сшивается въ сагиттальномъ.

Всѣ эти способы основаны на ошибочномъ представленіи относительно формы первоначальнаго поврежденія промежности и относительно способа заживленія этого поврежденія. Всѣ они схематичны и потому неправильны и должны быть оставлены.

Мой собственный методъ промежностной пластики можетъ дать любую типическую фигуру, стремясь путемъ освѣженія воспроизвести тѣ отношенія, которыя существовали при свѣжемъ поврежденіи, и путемъ наложенія швовъ возстановить существовавшій до поврежденія *status quo*. Такъ какъ нѣкоторыя поврежденія при родахъ не находятся на промежности, но тѣмъ не менѣе дѣлаютъ необходимой пластическую операцию,

то я и не называю своего способа перинеопластикой, а эпизиопластикой.

Указанный принципъ находитъ себѣ примѣненіе при оперативномъ леченіи какъ полныхъ, такъ и неполныхъ разрывовъ промежности.

Въ пользу тщательнаго вызыванія рубца при освѣженіи разорванной промежности высказывается и Walcher.

Если внимательно разсматривать свѣжія родовыя поврежденія, то въ любомъ случаѣ, несмотря на отекъ и кровоизліянія въ окружающихъ рану частяхъ, можно вѣрно опредѣлить, какія точки краевъ раны соотвѣтствуютъ другъ другу. Для этого слѣдуетъ лишь растянуть достаточно половые органы и не упустить изъ виду никакихъ пораненій.

Самое значительное поврежденіе почти всегда локализируется въ задней спайкѣ.

Это послѣднее поврежденіе очень часто даетъ весьма сложную фигуру. Лишь рѣдко оно представляетъ собою разрывъ, расположенный въ медіальномъ направленіи. Гораздо чаще поврежденіе лежитъ внѣ медіальной плоскости.

Насколько важно знать, что та часть промежностнаго разрыва, которая лежитъ во влагалищѣ, располагается, обыкновенно, экстрamedіально, настолько же заслуживаетъ вниманія и то обстоятельство, что кожный разрывъ промежности лежитъ тоже по большей части внѣ медіальной линіи. Кожа рвется обыкновенно по ту или иную сторону отъ шва промежности (*tharpe perinei*), который, подобно задней *columna rugarum*, оказываетъ наибольшее сопротивленіе повреждающей силѣ. Конечно, экстрamedіальное положеніе раны здѣсь не такъ явственно, какъ въ стѣнкѣ рукава, гдѣ часть разрыва, проходящая около *columnae*, иногда бываетъ удалена отъ медіальной плоскости даже на нѣсколько сантиметровъ.

Относительно рѣдко случается, чтобы разрывъ стѣнки рукава лежалъ по одну сторону *columnae*, а на промежности — по другую сторону *tharpe*. Въ этихъ случаяхъ переходъ пораненія съ одной стороны на противоположную бываетъ въ *fossa navicularis*.

Если неполный разрывъ промежности предоставить самому себѣ, то при сращеніи отношенія частей принимаютъ болѣе или менѣе слѣдующій характеръ. Въ непосредственномъ сосѣдствѣ съ заднепроходнымъ отверстіемъ происходитъ обычно *prima intentio*, такъ какъ здѣсь разорванныя части близко соприкасаются другъ съ другомъ, особенно, если больная, какъ это обыкновенно бываетъ, лежитъ спокойно на спицѣ со сдвинутыми ногами. Дальше впереди, по направленію къ *frenulum*, спокойное положеніе родильницы уже не гарантируетъ заживленія *per primam*. Послѣдняго обыкновенно не получается, и не потому, что здѣсь поверхности разрыва, обыкновенно хорошо соприкасающіяся другъ съ другомъ, по временамъ широко расходятся, а потому, что соотвѣтствующіе другъ другу края ранъ никогда уже не возвращаются въ ихъ нормальное положеніе. *Columna rugarum posterior*, которая, благодаря поврежденію, отделилась отъ своего основанія, будучи припухлой, толстой и тяжелой, свѣшивается между поверхностями разрыва и мѣшаетъ имъ сростись. Въ то время, когда, съ одной стороны, разрывъ остается открытымъ

въ сагиттальномъ направленіи, съ другой стороны, нижній край *columnae rugarum* приближается къ той части кожной промежности, которая осталась неповрежденной, и укорачиваетъ такимъ образомъ рану довольно значительно въ сагиттальномъ направленіи.

Разрывы, проходящіе въ стѣнкѣ влагалища около *columna*, могли-бы очень хорошо сростись безъ всякаго шва, такъ какъ они плотно прилегаютъ другъ къ другу. Но этого обычно не бываетъ, и вотъ почему: во-первыхъ, оба конца разорваннаго *m. transversalis perinei* сокращаются и втягиваются съ обѣихъ сторонъ въглубь раны. Иногда разрывается, — чаще на одной сторонѣ, рѣже на обѣихъ, — и *m. puborectalis*, причемъ его сокращеніе ведетъ къ зиянію раны. Далѣе, оторванная *columna* выпадаетъ кнаружи. Правда, несмотря на все это, по обѣимъ сторонамъ *columnae* получаются обыкновенно линейное рубцеваніе, но и при этомъ рубцеваніи мѣста, раньше соотвѣтствовавшія другъ другу, не срастаются между собою, а съ другими мѣстами: вслѣдствіе выпаденія *columnae* болѣе высоко расположенные участки ея срастаются съ нижележащими участками боковыхъ стѣнокъ влагалища.

Дальнѣйшимъ моментомъ, мѣшающимъ заживленію промежностнаго разрыва *per primam*, является экстремедіальное положеніе того отдѣла его, который захватываетъ кожную промежность. Если этотъ отдѣлъ лежитъ, напр., съ лѣвой стороны, т. е. если промежность разорвана слѣва, то, состоя изъ рыхлой ткани, она втягивается сама въ себя. Когда, такимъ образомъ, обращенная къ средней линіи поверхность разрыва подвергнется гранулированію и заживленію, то она дѣлается гораздо меньше, чѣмъ была раньше. Напротивъ того, латерально расположенная поверхность раны сохраняетъ свою величину даже нослѣ того, какъ она зарубцевалась. Такимъ образомъ теряется въ весьма высокой степени равенство зарубцевавшихся поверхностей, которыя первоначально, при наложеніи, вполнѣ совпадали другъ съ другомъ. Это неравенство сильнѣе всего бываетъ выражено при полныхъ разрывахъ промежности.



Рис. 69. Фигура рубца при неполномъ разрывѣ промежности. Фигура изображена черной краской. Справа рубцовая полоса между двумя лоскутами гимена. Слева и сзади находится линейный рубецъ около *columna rugarum posterior*. Этотъ рубецъ идетъ далѣе въ видѣ толстой линіи почти до *orificium* и превращается съ лѣвой стороны въ *introitus* въ широкую рубцовую поверхность. При операциіи здѣсь одного расщепленія мало, — нужно, кромѣ того, прибѣгнуть къ удаленію рубцовыхъ массъ, и лишь послѣ этого возможно соединеніе краевъ разрыва въ сагиттальномъ направленіи. Рубцовая полоса разрѣзывается спереди съ правой стороны и затѣмъ соединяется поперечно. Больная 29 лѣтъ, родившая 2 раза. Операциія произведена 4 февраля 1891 года.

Въ результатѣ получается слѣдующее: разрывъ, который въ свѣжемъ видѣ былъ широко раскрытъ, обратился безъ посторонней помощи почти въ прямолинейный рубецъ, но зато на всей линіи этого рубца нѣтъ даже полъ-сантиметра, гдѣ-бы сросшіяся части вполнѣ соотвѣтствовали другъ другу. Сагиттальная щель принимаетъ обыкновенно вслѣдствіе рубцового сморщи-

ванія поперечное направленіе; даже въ той короткой части разрыва, которая лежитъ около *columnae* и которая заживаетъ въ сагиттальномъ направленіи, соединеніе краевъ получается неправильное.

Таковы причины неправильнаго заживленія промежностныхъ разрывовъ. Это неправильное заживленіе наблюдается въ весьма многихъ случаяхъ, о чемъ ясно свидѣлствуютъ рубцы, встрѣчающіеся на промежности у рожавшихъ женщинъ. Форма рубца представляетъ индивидуальныя варіаціи, но, хотя послѣднія для поверхностнаго наблюдателя и представляютъ въ иныхъ случаяхъ весьма запутанную картину, все-таки общій принципъ и здѣсь бываетъ выраженъ достаточно ясно.

Неправильному заживленію разрывовъ задней спайки вполне соответствуетъ неправильное заживленіе поврежденій передней спайки. Поврежденія послѣдней въ свѣжемъ видѣ представляютъ собою, по большей части, продольные разрывы, идущіе снаружи внѣ. Разрывы эти нерѣдко захватываютъ *m. rubro-rectalis*, — окружающіе рукавъ пучки *m. levatoris ani*. Они тоже не приходятъ въ *status quo ante* безъ наложенія швовъ, но обыкновенно остаются широко зияющими. Вслѣдствіе этого рана стягивается въ діагональномъ направленіи, и разрывъ, который шелъ раньше снаружи вовнутрь, превращается въ шель, идущую спереди назадъ. Этотъ своеобразный процессъ заживленія оказываетъ существенное влияние на конфигурацію вульвы, которая при этомъ значительно расширяется. Расширеніе это происходитъ благодаря тому, что надрывы на передней спайкѣ позволяютъ сократиться тканямъ задней части вульвы. Въ итогѣ получается укороченіе промежности безъ всякаго ея поврежденія. Это укороченіе можетъ быть столь значительно, что можно предположить промежностный дефектъ. Между тѣмъ все дѣло сводится лишь къ тому, что разрывы передней стойки зажили неправильно, вслѣдствіе чего дѣйствуютъ, какъ разрывы, примѣняемые въ хирургіи для уменьшенія натяженія, — они также уничтожаютъ натяженіе промежности. На такое происхожденіе укороченія промежности до сихъ поръ еще не было обращено вниманія.

Послѣ того, что мы сказали выше о неправильномъ заживленіи промежностныхъ разрывовъ, нетрудно понять, что при помощи ножа легко возстановить тѣ же отношенія, какія существовали сейчасъ послѣ родовъ, и соединить швами какъ разъ соотвѣтствующія другъ другу мѣста разрыва. Поэтому въ типическомъ случаѣ операція должна вестись слѣдующимъ образомъ: въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ рубецъ пря-



Рис. 70. Рубцовая фигура при неполномъ разрывѣ промежности. Она зачерчена толстыми черными штрихами и идетъ въ прямолинейномъ направленіи справа и снизу налѣво и вверхъ. Фигура даетъ отростокъ къ *orificium ani* (кромѣ того, имѣется нѣсколько рубцовыхъ полосокъ на *columna rugarum posterior*). Въ этихъ случаяхъ для пластической операціи вполне достаточно разрѣзать рубцовыя линіи, отпрепаровать *columnam* и соединить края раны сагиттальными швами. Больная 36 лѣтъ, рожавшая 10 разъ. Операція сдѣлана 9 ноября 1889 года.

молиенъ, его разрѣзываютъ, а тамъ, гдѣ имѣло мѣсто вторичное рубцеваніе гранулирующихъ поверхностей, производятъ освѣженіе соотвѣтствующей величины; далѣе, тѣ части задней вагинальной стѣнки, которыя соскользнули внизъ и здѣсь приросли, слѣдуетъ отпрепаровать; наконецъ, части, смѣстившіяся внизъ, нужно привести въ первоначальное положеніе и затѣмъ поперечную промежностную рану соединить швами въ сагиттальномъ направленіи.

При отыскивании рубца слѣдуетъ руководиться главнымъ образомъ остатками гимена. Главный рубецъ находится въ томъ мѣстѣ, гдѣ вѣнчикъ гимена представляетъ наибольшій дефектъ. Кроме того, слѣдуетъ обратить надлежащее вниманіе на тѣ мѣста, гдѣ грануляціонная поверхность уже покрылась покровами. Эти мѣста отличаются небольшими углубленіями въ слизистой оболочкѣ, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ — блѣдностью, свойственной линейнымъ рубцамъ.

Послѣ этого удаляютъ рубцовыя мѣста, стараясь проникнуть ножомъ настолько глубоко, чтобы ректовагинальная перегородка могла быть достаточно широко раскрыта. На переднюю и заднюю вершину ромбовидно растянутой раны накладываютъ пулевые щипцы и затѣмъ глубокими швами соединяютъ рану въ сагитальномъ направленіи. Еще лучше прибѣгнуть къ погружнымъ катгуттовымъ швамъ, при помощи которыхъ можно въ глубинѣ соединить и привести въ status quo разъединенныя фасціальныя и мышечныя (*musculus transversus perinei ev. musc. puborectalis*) части тканей. Вытягивая рану въ видѣ трапеціи, нужно имѣть въ виду то обстоятельство, что *columna rugarum* занимаетъ обыкновенно послѣ рубцеванія косое положеніе, а потому самымъ глубокимъ швомъ нужно привести ее въ первоначальное прямое положеніе. Это удастся легко, если надрѣзать проходящую около нея рубцовую полоску.

Если рубцы уклоняются отъ типичной формы, то операція видоизмѣняется соотвѣтственно ихъ направленію. Это видоизмѣненіе состоитъ преимущественно только въ томъ, что приходится нѣсколько больше освѣжать и нѣсколько меньше расщеплять. Основные принципы, однако, во всѣхъ случаяхъ безъ исключенія остаются въ силѣ одни и тѣ же, а именно:

- 1) операціонная рана, получаемая путемъ препаровки и расщепленія, должна соотвѣтствовать распредѣленію рубцовъ;
- 2) ректовагинальная перегородка должна быть расщеплена вглубь на нѣсколько сантиметровъ;
- 3) для возстановленія status quo нужно прибѣгать къ сагитальному соединенію швами, причемъ особенное вниманіе надо обращать на соединеніе мышцъ и фасцій.

При полныхъ разрывахъ промежности, осложненныхъ разрывомъ прямой кишки, раньше преимущественно примѣнялись два способа, — двусторонне-симметрической (Simon'овскій) и двузубчатый (Freund'овскій).

Фигуры освѣженія при этихъ разрывахъ отличаются отъ фигуръ освѣженія, примѣняемыхъ при частичныхъ разрывахъ, лишь тѣмъ, что здѣсь получается углубленіе, образуемое освѣженнымъ разрывомъ гестіи.

Къ полнымъ разрывамъ примѣняется и способъ Simpson-Tait'a (см. рис. 73), который въ этихъ случаяхъ является очень похожимъ на примѣнявшійся прежде способъ Langenbeck'a.

И здѣсь эти схематическіе способы должны уступать мѣсто моему, проникнутому принципомъ индивидуализаціи, способу. При полныхъ разрывахъ промежности послѣдній даже является болѣе показаннымъ, чѣмъ при неполныхъ, такъ какъ функціональныя разстройства здѣсь гораздо значительнѣе, и неправильность оперативнаго вмѣшательства сильнѣе отражается на состояніи больныхъ. Примѣненіе моего способа при полныхъ разрывахъ промежности



станетъ понятнѣе, если мы опять-таки начнемъ объясненіе съ первичнаго поврежденія и его рубцеванія.

И полные, проникающіе въ гестум, разрывы промежности занимаютъ обыкновенно, притомъ на всемъ своемъ протяженіи, не медіальное, а боковое положеніе. Начинаясь во влагалищѣ по одну сторону *columnae* (цѣликомъ или большей своей частью), разрывъ

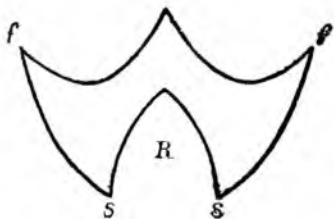


Рис. 71.

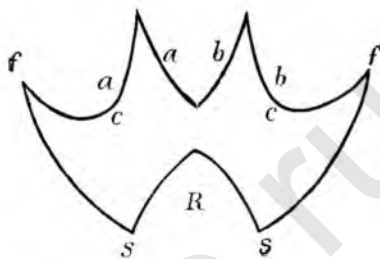


Рис. 72.

Рис. 71. Треугольное освѣженіе полного разрыва промежности: ff — frenulum ss — область сфинктера, R — широко раскрытая прямая кишка.

Рис. 72. Фигура освѣженія полного разрыва промежности по Freund'у. Значеніе f, s и R — какъ на рисункѣ 71. Сшиваніе освѣженныхъ поверхностей производятъ такимъ образомъ, что f покрываетъ f, s—s, a—a, b—b и c—c.

проникаетъ въ промежность съ той же стороны. При этомъ прежнее экстрамедіальное положеніе полного промежностнаго разрыва можно, какъ мы уже сказали выше, узнать потому, что поверхности его, зажившія путемъ рубцеванія, неравны по своей величинѣ: поверхность, обращенная къ той сторонѣ, гдѣ находился первоначально

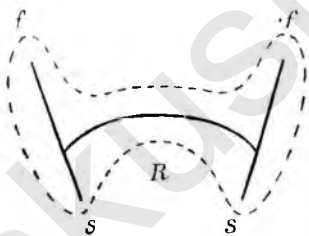


Рис. 73.

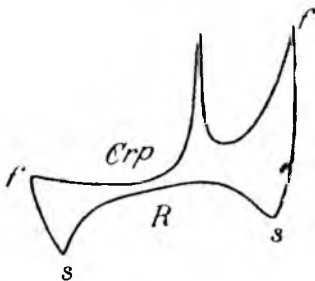


Рис. 74.

Рис. 73. Фигура освѣженія при полномъ разрывѣ промежности по Lawson-Tait'у. Направленіе разрѣза показываетъ фигура, имѣющая видъ буквы H. Этотъ разрѣзъ настолько расширяютъ и углубляютъ, что получается фигура, очерченная пунктиромъ. Зашиваютъ разрѣзъ такъ, что части, означенныя одинаковыми буквами, совпадаютъ (см. рис. 71).

Рис. 74. Обычная фигура освѣженія при операциіи зашиванія полныхъ разрывовъ промежности по способу Küstner'a. R, ss, ff — какъ на рис. 71; Ccp — *columna pudicorum posterior*. Фигура освѣженія въ точности соответствуетъ рубцу. Объясненіе см. въ текстѣ.

разрывъ, остается больше противоположной (обращенной къ средней линіи). Экстрамедіальное положеніе полного промежностнаго разрыва бываетъ выражено еще яснѣе въ тѣхъ случаяхъ, когда прямая кишка не подверглась разрыву, но послѣдній сбоку отъ нея обходитъ *orificium ani* и отрываетъ его отъ его бокового прикрѣпленія.

При полныхъ разрывахъ очень часто наблюдается то, что при

неполных встрѣчается лишь иногда, а именно, по обѣ стороны *columnae rugarum posterioris* проходить по линейному рубцу, уходящему въ рукавъ. Оба эти рубца охватываютъ, стало быть, нижній конецъ *columnae*. Болѣе длинный рубецъ лежитъ на той сто-



Рис. 75.



Рис. 76.

Рис. 75 и 76. Полный разрывъ промежности съ разрывомъ *recti* — сейчасъ послѣ возникновенія (рис. 75) и послѣ заживленія (рис. 76). На рисункахъ изображены: клиторъ, границы большихъ губъ, уретральное отверстіе, передняя и задняя стѣнки влагалища, влагалищный просвѣтъ (густо заштрихованъ) и складки разорванной прямой кишки. Около каждой большой фигуры изображена отдѣльно фигура раны *resp.* рубца. Слева промежность оторвана, справа же втянулась въ себя, вслѣдствіе чего поверхность разрыва является асимметричною. Фиг. 76 представляетъ, какъ неравенство обѣихъ половинъ промежностнаго разрыва увеличилось еще вслѣдствіе рубцовато сморщиванія.

ронѣ, съ которой произошелъ разрывъ. Вся нижняя часть *columnae* въ этихъ случаяхъ бываетъ окружена разрывомъ и отдѣлена отъ своего основанія.

Послѣ того, что было сказано о неполномъ разрывѣ промежности, нетрудно понять, какая задача представляется для рациональной пластики и при захватывающихъ *rectum* разрывахъ. И при этихъ послѣднихъ *columna* выпадаетъ наружу и срастается въ комъ направленіи съ разорванной передней ректальной стѣнкой въ



Рис. 77. Различныя фигуры рубцовъ при полномъ разрывѣ промежности, *en face*. Рисовано съ натуры. На всѣхъ фигурахъ можно видѣть, что слѣва (справа отъ читателя) промежность оторвана. Вслѣдствіе этого слѣва получается большая, а справа меньшая поверхность раны. Между этими поверхностями находится рубецъ въ ректовагинальной перегородкѣ. Черточки, отходящія отъ главнаго рубца, представляютъ собою линейные рубцы; на рисункахъ а—е они идутъ возлѣ *columnae* въ рукавъ, а на рис. f нѣкоторые, помимо того, проходятъ и въ области вульвы.

рубецъ шириною въ нѣсколько миллиметровъ. Продолженіемъ этого рубца по обѣ стороны служатъ тѣ двѣ поверхности, которыя зажили путемъ рубцеванія. Это — соответствующія другъ другу поверхности разорванной собственно промежности.

Въ этихъ случаяхъ мы должны вырѣзать или просто расщепить окружающій *columnam* съ одной или обѣихъ сторонъ узкій рубецъ. *Columnam*, зажившую въ положеніи выпаденія, слѣдуетъ отдѣлить, а мѣста, зажившія путемъ рубцеванія, — освѣжить при помощи

вырѣзыванія рубцовъ. Далѣе мы должны полученныя этимъ путемъ раневыя части такъ размѣстить, какъ того требуетъ ихъ естественное положеніе. Наконецъ, мы соединяемъ соотвѣтствующія другъ другу мѣста кровавымъ швомъ.

Если съ каждой стороны отъ *columna* имѣется по линейному рубцу, уходящему въ рукавъ, то рана по окончаніи освѣженія даетъ фигуру, подобную Freund'овской (см. рис. 72).

Экстрamedіальное положеніе полного разрыва исправить такъ же нетрудно, какъ и неполного. На собственной промежности рубцы, какъ мы указали выше, даютъ для освѣженія двѣ неравныя поверхности. Эти поверхности мы можемъ, однако, сдѣлать равновеликими при помощи разрѣзовъ, расщепляющихъ ткани въ области освѣженія, и путемъ соотвѣтственнаго растягиванія краевъ раны. Въ прямой кишкѣ, несмотря на экстрamedіальное положеніе разрыва, неравенство подлежащихъ соединенію поверхностей раны такъ незначительно, что имъ можно вполне пренебречь.

Указаннымъ образомъ всегда возможно съ абсолютною вѣрностью соединить другъ съ другомъ соотвѣтствующія части, въ томъ числѣ концы разорванныхъ мышцъ (*m. transversi perinei*, *m. puborectalis* и особенно *m. sphincteris ani*) и соотвѣтственныхъ фасцій. Концы этихъ мышцъ, особенно сфинктера, слѣдуетъ пришивать другъ къ другу погружными катгутowymi швами. Найти ихъ и затѣмъ изолировать легко можно въ небольшихъ углубленіяхъ, обыкновенно представляющихъ собою ректальные отдѣлы рубца. Благодаря этому приему, проктонеопластика еще больше лишается своей схематичности, чѣмъ благодаря моему способу освѣженія. Н. А. Kelly, Cullingworth, В. Hart и Brewis тоже сшиваютъ *sphincter recti*, предварительно изолировавъ концы его.

Согласно изложеннымъ принципамъ я произвожу перинеопластику уже болѣе 22 лѣтъ. Ихъ справедливость уже а priori ясна для всякаго; уже а priori понятно, что тщательное изученіе рубцовъ и ихъ изсѣченіе должно въ каждомъ случаѣ вести къ восстановленію первоначальнаго вида поврежденія, а тщательное соединеніе полученной такимъ путемъ раны должно создать абсолютно нормальныя отношенія. Если же это такъ, то преимущества разбираемаго метода должны сказаться и на результатахъ операціи. Это мы и видимъ на дѣлѣ.

При совершенно оставленныхъ теперь нами схематическихъ способахъ освѣженія зачастую рваныя такія части, которыя раньше



Рис. 78. Полный разрывъ промежности. Разрывъ начался во влагалищѣ съ правой стороны около *columna rugarum posterior* и оторвалъ промежность справа подлѣ *glarhe*. Обѣ части промежностнаго рубца весьма различной величины. Больная 29 лѣтъ, рожала только 1 разъ, годъ тому назадъ, при помощи щипцовъ. Имѣла родильную горячку. Перинеопластика по моему методу 3 ноября 1891 г. Наложено 6 швовъ на стѣнку *recti*. Больная выздоровѣла.

повреждены не были, а съ другой стороны оставляются нетронутыми части, рубцово измѣненныя. Въ результатѣ при этихъ способахъ соединяются швами неподходящія части. Дальнѣйшими послѣдствіями являются сильное натяженіе и отсутствіе наклонности къ заживленію. Прежде зачастую примѣнявшіеся для уменьшенія натяженія разрѣзы не достигаютъ дѣли, съ которою проводятся. Особенно же неприятымъ послѣдствіемъ схематическихъ способовъ является возникновеніе прямокишечно-рукавныхъ свищей.

Рис. 79.

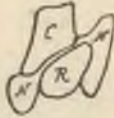


Рис. 80.



Рис. 80. Полный разрывъ промежности. Малый рисунокъ (рис. 79) поясняетъ отношенія частей. R — пролябированная слизистая оболочка recti, C — *columna sigarum posterior*, сильно выпавшая наружу и сросшаяся съ промежностнымъ рубцомъ, NN — обѣ неравныхъ поверхности разрыва. Разрывъ начинается слѣва въ вагинѣ. Промежность оторвана слѣва. Больная 33 лѣтъ, рожала 3 раза, первый разъ 6 лѣтъ тому назадъ. Роды были трудные (щипцы). Съ этихъ поръ имѣется *incontinentia alvi*. Оба послѣдующихъ раза больная рожала легко. Перинеопластика по Simon'у (треугольный способъ). Оперировалъ Schultze. Полный успѣхъ. (Наблюденіе изъ клиники Schultze въ Гейѣ).

Ничего подобнаго мною не наблюдается. При моемъ способѣ разстройствъ въ заживленіи раны послѣ перинеопластики не бываетъ.

Крайне важно также, что, если промежностная рана зажила послѣ освѣженія по одному изъ схематическихъ способовъ, то мышцы, особенно *sphincter ani*, срастаются неточно. Поэтому *sphincter*, вмѣсто правильного кольца, превращается въ такое тѣло, какое изображено на рис. 81. Такой сфинктеръ не въ состояніи бываетъ функционировать, какъ слѣдуетъ, и, несмотря на заживленіе операціонной раны, недержаніе, хотя и въ меньшей степени, остается. Мнѣ не разъ приходилось вторично



Рис. 81. Неправильно сросшійся сфинктеръ (схематически). Подобное сращеніе, мѣшающее функциямъ сфинктера, всегда возможно, если при зашиваніи полного разрыва промежности концы сфинктера не будутъ отысканы, изолированы и сшиты другъ съ другомъ; такая опасность является неизбѣжною при всѣхъ схематическихъ методахъ.

разрѣзывать промежности, зашитыя по схематическимъ способамъ, въ виду неудовлетворительности полученныхъ функціональныхъ результатовъ, и зашивать ихъ по своему способу.

Вообще всѣ схематическіе способы освѣженія, — Simon'овскій, Негар'овскій, Freund'овскій и Lawson-Tait'овскій, — надо оставить. Надо въ каждомъ случаѣ разрыва промежности, осо-



бенно полного, точно изучитъ отношенія рубцовъ и затѣмъ оперировать соответственно индивидуальнымъ особенностямъ случая. Всѣ схематическіе способы промежностной пластики стоятъ на ложной почвѣ; единственно правильнымъ является мой способъ.

Что касается деталей оперативной техники, то при зашиваніи полныхъ разрывовъ надо накладывать 5—6 пулевыхъ щипцовъ, — 2 щипцовъ на концы разрыва прямой кишки, 2 — на то мѣсто, гдѣ предположено образовать новую уздечку, и 1 или 2 — въ рукавъ, на верхній конецъ *columnae rugarum posterioris*.

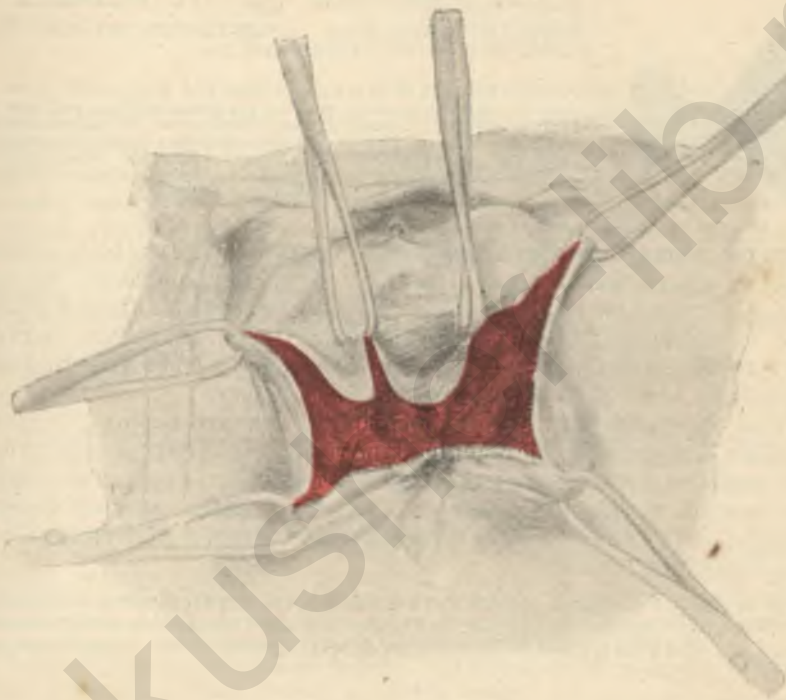


Рис. 82. Освѣженіе полного разрыва промежности по способу Кюстнера. Вырѣзанъ лишь рубецъ. Хотя онъ былъ асимметриченъ, рана получилась почти симметричная. Двои пулевыхъ щипцовъ наложены на уздечку, двои — справа и слева возлѣ *columna rugarum posterioris*. Большая, рожавшая 1 разъ, 8 лѣтъ тому назадъ; щипцы; промежность зашита, но не срослась. Операция 20 іюля 1907 г. Гладкое выздоровленіе.

Далѣе, при операціи слѣдуетъ весьма тщательно соблюдать предписанія асептики, избѣгая въ то же время всѣхъ ядовитыхъ антисептическихъ средствъ (карболовая кислота, лизоль, сулема). Не надо также при операціи вытирать рану, а можно лишь время отъ времени орошать ее стерильной водой. При шиваніи должно тщательно наблюдать, чтобы нигдѣ не оставалось мертвыхъ пространствъ, т. е. слѣдуетъ шить глубокими, весьма аккуратно наложенными и, — особенно при шиваніи сфинктера, — изолированными погружными швами.

Глубокіе швы слѣдуетъ накладывать со стороны влагалища, на rectum же нужно класть лишь поверхностные швы, захватывающіе только слизистую оболочку и кишечную мускулатуру; при этомъ стѣнку рукава лучше шить кѣтгутумъ, а промежность и прямую кишку тонкою бронзовою проволокой.

Послѣ операции въ теченіе 10 дней слѣдуетъ заботиться о копростазѣ<sup>1)</sup>, а затѣмъ о правильной дефекаціи, прибѣгая для этой цѣли къ внутреннимъ слабительнымъ, но не къ клизмамъ. Послѣ каждого испражненія область задняго прохода должна быть орошаема водой до тѣхъ поръ, пока она не сдѣлается совершенно чистой.

Швы изъ проволоки нужно оставлять довольно долго, чтобы при ихъ извлеченіи не повредить молодого, неокрѣпшаго рубца. При



Рис. 83. Поверхность раны свѣжаго разрыва промежности, проникающаго въ rectum (видъ спереди, рисунокъ полусхематическій). Справа виденъ sphincter ani b', вырванный изъ углубленія b и выдающійся надъ поверхностью раны въ видѣ круглаго тѣла. Далѣе хорошо видно, какъ сейчасъ же послѣ пораненія, вслѣдствіе спаденія оторванной промежности, возникаетъ неравенство поверхностей разрыва.

частичной перинеопластикѣ можно, по большей части, безъ всякой опасности снять швы по истеченіи 10 дней, при полномъ же разрывѣ — на третьей недѣлѣ. Снимать швы со стѣнки прямой кишки лучше въ колѣбно-локтевомъ положеніи больной, оттянувъ заднюю стѣнку гестіи узкимъ зеркаломъ. При этомъ надо дѣйствовать ловко и осторожно, чтобы не повредить свѣжаго рубца.

При нормальномъ теченіи послѣоперационнаго періода, больныя покидаютъ клинику по истеченіи 3 недѣль. Для сохраненія рубца, онѣ должны, однако, и впослѣдствіи въ теченіе нѣсколькихъ недѣль послѣ каждой дефекаціи очищать область задняго прохода путемъ обмыванія на бидѣ или въ сидячей ваннѣ, но отнюдь не путемъ обычнаго подтиранія бумагой.

Если полный разрывъ промежности сочетанъ съ значительными рубцами въ области передней спайки, то при оперативномъ леченіи его надо принимать во вниманіе то, что объ этомъ сказано при описаніи леченія неполныхъ разрывовъ промежности.

1) Къ сожалѣнію, даже при самомъ скудномъ питаніи послѣ 10-дневнаго копростазы у больныхъ получается такое скопленіе твердыхъ галовыхъ массъ въ прямой кишкѣ, что зачастую первое же испражненіе ведетъ къ разрыву сросшейся ректальной трубки. Поэтому я за послѣднее время съ первыхъ же дней послѣ зашиванія полныхъ разрывовъ промежности прибѣгаю къ вызыванію жидкихъ испражненій при помощи слабительныхъ. В. Г.

## Глава VI.

### Болезни влагалища.

Otto Küstner'a.

#### 1. Воспалительные процессы.

Воспаление влагалища съ патолого-анатомической точки зрѣнія занимаетъ среднее мѣсто между воспаленіемъ слизистыхъ оболочекъ и кожи; это вполне соответствуетъ тому своеобразному переходному положенію, которое свойственно влагалищному покрову, какъ анатомическому среднему между кожей и слизистой оболочкой. Съ одной стороны, такъ называемая *mucosa* рукава покрыта такимъ же многослойнымъ плоскимъ эпителиемъ, какъ и кожа; съ другой стороны, она, подобно истиннымъ слизистымъ оболочкамъ, содержится въ постоянной влажности, хотя и лишена железъ; происходитъ это, благодаря орошающему ее маточному секрету.

Различаютъ двѣ формы воспаления влагалища, а именно: *vaginitis granularis* и *vaginitis simplex*.

При обѣихъ формахъ происходитъ довольно значительное смѣщиваніе эпителия, вслѣдствіе чего эпителиальный покровъ дѣлается весьма тонкимъ; подэпителиальная ткань инфильтрируется круглыми клѣтками, а сосуды дѣлаются извилистыми и расширенными.

При *vaginitis granularis* вышеуказанный процессъ происходитъ исключительно на поверхности сосочковъ, благодаря чему стѣнка влагалища представляется усѣянною красными точками. При *vaginitis simplex* вся стѣнка рукава сплошь имѣетъ ярко-красный цвѣтъ безъ всякихъ оттѣнковъ. Далѣе, при *vaginitis simplex* склонность къ кровоточеніямъ обнаруживаетъ вся стѣнка влагалища, а при *vaginitis granularis* — лишь мѣста, соответствующія верхушкамъ сосочковъ.

Какъ только эпителиальный покровъ сдѣлается весьма тонкимъ или совершенно ничтожится, стѣнка вагины начинаетъ мокнуть.

По всей вѣроятности, обѣ эти формы вагинита не имѣютъ специфическихъ различій. По мнѣнію Veil'a, *vaginitis granularis* бываетъ чаще у старухъ или по крайней мѣрѣ у женщинъ, находящихся уже въ климактерическомъ періодѣ, а *vaginitis simplex* — чаще у молодыхъ особъ. Кроме того, *vaginitis granularis* является болѣе слабой формой воспаления, локализирующей на меньшей территории.

Этіологія вагинита можетъ быть весьма различна. Изъ микробовъ гонококкъ вызываетъ зачастую вагинитъ у малолѣтнихъ дѣвочекъ, обладающихъ нѣжнымъ эпителиальнымъ покровомъ; у нихъ гонококки проникаютъ вглубь эпителия, вагина же взрослыхъ женщинъ оказывается имъ сопротивленіемъ. Слѣдуетъ, однако, замѣтить, что по этому вопросу мнѣнія специалистовъ расходятся. Такъ, напр., по наблюденіямъ Wertheim'a гонококки могутъ иногда вызвать вагинитъ и у взрослыхъ<sup>1)</sup>; что касается моихъ личныхъ наблюденій, то я склоненъ думать, что здѣсь

1) Въ пользу этого говорятъ и наблюденія другихъ авторовъ: Vögnеr'a, Mandl'a, Bodeinstein'a и др. Особенно заслуживаютъ вниманія изслѣдованія Mandl'a, который установилъ, что гонококки могутъ проникать не только въ толщу многослойнаго плоскаго эпителия рукава, но и въ подэпителиальную ткань. В. Г.

дѣло идетъ не о вагинитѣ, вызванномъ гонококками, а лишь о раздражающемъ вліяніи проходящаго черезъ вагину секрета маточной шейки; стало быть, происходить вагинитъ не микробный, а химическій<sup>1)</sup>.

Въ слизистой оболочкѣ рукава были находимы еще и другіе микробы: кокки и палочки, въ которыхъ тоже слѣдуетъ видѣть возбудителей воспаления.

Уже и въ нормальныхъ условіяхъ влагалище содержитъ весьма богатую микрофлору, которая присуща ему съ первыхъ дней вѣутробной жизни ребенка; напротивъ того, влагалище только что родившейся дѣвочки свободно отъ зародышей.

Зародыши проникаютъ въ рукавъ извнѣ и имѣютъ видъ кокковъ и бациллъ. По Döderlein'у, нормальный влагалищный секретъ, который, впрочемъ, можно встрѣтить только въ 50 случаяхъ на 100, содержитъ однихъ лишь бациллъ (влагалищныя бациллы Döderlein'a). По Menge, патогенныя кокки, попавшіе въ ру-

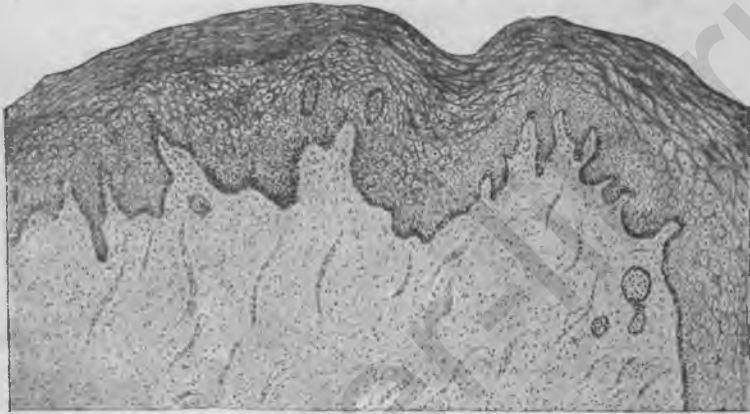


Рис. 84. Микроскопическій разрѣзъ черезъ нормальный покровъ влагалищной стѣнки. На наружной поверхности лежитъ сплюснутый эпителий, а подъ нимъ многослойная Malpighi'ева сѣть.

кавъ, погибаютъ въ немъ въ нѣсколько дней (самоочищеніе влагалища). Это бактерицидное свойство Döderlein приписываетъ молочной кислотѣ, продуцируемой бактеріями, нормально находящимися въ вагинѣ. Весьма вѣроятно, что уничтоженію зародышей способствуетъ также антагонизмъ влагалищныхъ микробовъ, фагоцитозъ и недостатокъ кислорода. Walthard находилъ во влагалищѣ чаще, чѣмъ Döderlein, наряду съ бациллами — кокки. Слѣдуетъ, однако, помнить о томъ, что всѣ патогенныя кокки, которыхъ можно найти въ вагинѣ, пребываютъ въ состояніи весьма ослабленной вирулентности. Моменты, ослабляющіе бактерицидную силу влагалищнаго секрета, — слѣдующіе: менструація, обильная маточная секреція, обильныя влагалищныя отдѣленія, зяніе вульвы и климатеріи. Всѣ вышеупомянутыя, а можетъ быть еще и нѣкоторые другіе, неизвѣстные намъ, моменты могутъ увеличить вирулентность случайно попавшихъ во влагалище микробовъ, которые сами по себѣ очень мало ядовиты; въ результатѣ можетъ развиваться воспаленіе влагалища.

Благодаря, вѣроятно, этому, Veit и могъ при вагинитѣ найти въ эпителиальномъ слоѣ влагалищной стѣнки самыя разнообразныя формы микробовъ.

Такимъ образомъ, если вагинитъ можетъ произойти подъ вліяніемъ химическихъ, термическихъ и механическихъ (мастурбація) причинъ, то всѣ эти причины могутъ дѣйствовать не только, какъ таковыя, но и путемъ ослабленія бактерициднаго дѣйствія нормальнаго влагалищнаго секрета.

При тѣхъ формахъ вагинита, которыя извѣстны подъ названіемъ дифтеритическихъ и крупозныхъ, и гдѣ иногда эпителиальный покровъ вла-

1) Съ такимъ объясненіемъ едва-ли можно согласиться. Мнѣ лично пришлось наблюдать нѣсколько случаевъ свѣжаго гонорройнаго вагинита, гдѣ не было никакихъ слѣдовъ воспалительнаго пораженія эндометрія. В. Г.



галищной стѣнки sluшвается цѣлыми пластами, дѣло сводится къ проникновению въ этотъ покровъ стрептококковъ и другихъ возбудителей нагноенія. Послѣдніе вызываютъ некрозъ поверхностныхъ слоевъ влагалищнаго покрова и образуютъ вмѣстѣ съ ними и съ фибриной крупозныя или дифтеритическія пленки.

Тяжелыя формы истинной флегмоны рукава, которая раньше нерѣдко наблюдалась въ послѣродовомъ періодѣ и были обусловливаемы скоплениемъ большихъ колоній гноеродныхъ кокковъ, внѣ этого періода врядь-ли могутъ наблюдаться. Исключения составляютъ развѣ тѣ случаи, гдѣ были допущены грубыя погрѣшности противъ правилъ асептики при вмѣшательствахъ, предпринятыхъ съ диагностическою или терапевтическою цѣлью.

Иногда глубоко-проникающіе септические процессы захватываютъ не одну только рукавную стѣнку, но распространяются и на паравагинальную клѣтчатку; при этомъ образуются глубокіе нарывы, ведущіе къ большимъ дефектамъ ткани. Въ рѣдкихъ случаяхъ флегмоны въ паравагинальной клѣтчаткѣ вызываютъ секвестрацію значительныхъ частей некротизированной влагалищной трубки (*paravaginitis dissecans*).

Дифтеритическія воспаленія вагины, т. е. такія, которыя вызываютъ болѣе или менѣе глубокой некрозъ, наблюдаются иногда и послѣ общихъ инфекціонныхъ заболѣваній (скарлатина, оспа, корь, холера, тифъ).

Изолированный туберкулезъ рукава, безъ участія въ этомъ процессѣ остальныхъ половыхъ органовъ, наблюдался лишь въ очень рѣдкихъ случаяхъ. Дѣло сводилось здѣсь къ туберкулезнымъ изъязвленіямъ. Въ нѣсколькихъ такихъ случаяхъ имѣло мѣсто, повидимому, первичное зараженіе бугорчаткой, въ остальныхъ — инфекция распространилась на рукавъ черезъ кровеносные сосуды.

Весьма рѣдкія формы вагинита представляютъ собою *vag. gummosa* (Winkel)<sup>1)</sup> и *ulcus rotundum simplex* (Zahn); послѣдняя форма, повидимому, развивается на почвѣ первичныхъ измѣненій сосудовъ рукавной стѣнки. (Beutner, Growig и др.)<sup>2)</sup>, а можетъ быть, тоже на почвѣ инфекции (Gaitwaite).

Изъ тѣхъ воспаленій, которыя обусловливаются внѣдреніемъ въ слизистую оболочку рукава плѣсневыхъ грибовъ, довольно частымъ является молочница (*soor*). Макроскопически въ этихъ случаяхъ наблюдаются бѣлыя пятна на диффузно покрасѣвшей стѣнкѣ рукава; микроскопъ обнаруживаетъ въ эпителии влагалища гнѣзда грибовъ молочницы. Аналогичныя формы вызываются и другими грибами (дрожжевыми грибами, мониліями, лептотрикомъ) (Herff).

Изъ животныхъ паразитовъ воспаленіе вульвы и вагины могутъ вызвать дѣтскія острицы (*oxyuris vermicularis*), если онѣ попадутъ въ рукавъ изъ прямой кишки въ большихъ количествахъ. Конечно, дѣтскіе половые органы гораздо воспримчивѣе въ этомъ отношеніи, чѣмъ органы взрослыхъ. Впрочемъ, главной причиной воспаления половыхъ органовъ, обзаннаго своимъ происхожденіемъ этимъ глистамъ, и у дѣтей служатъ, по всей вѣроятности, не столько острицы сами по себѣ, сколько вызываемый ими зудъ и постоянное расчесываніе. При *anus vesicularis* у одной взрослой особы я наблюдалъ, что въ рукавъ постоянно заползали большія массы острицъ, причѣмъ, однако, не было никакихъ слѣдовъ вагинита. Goebel наблюдалъ въ Египтѣ пораженія рукава и вульвы, обзаннаыя своимъ происхожденіемъ попаданію яицъ *bilharziae haematobiae*. Такія пораженія, впрочемъ, встрѣчаются рѣдко.

Болѣе легкія воспаленія рукавной стѣнки могутъ происходить вслѣдствіе самыхъ разнообразныхъ причинъ; такъ, напр., всѣ формы катарра матки, сопряженныя съ обильной секретіей, вызываютъ поверхностный вагинитъ.

Точно такимъ же образомъ воспаленія влагалища обусловливаются и другими пораженіями матки, соединенными съ обильнымъ отдѣленіемъ бѣлей, а также новообразованиями, особенно распадающимися раками матки. Далѣе, болѣе легкія формы вагинита развиваются иногда, вѣроятно, вслѣдствіе простуды, особенно во время мѣсячныхъ, а также вслѣдствіе механическихъ инсультовъ, мастурбаціи, по-

1) Что касается вообще сифилитическихъ пораженій влагалища, то, по мнѣнію Rille, посвятившаго этому вопросу обстоятельную работу, твердый шанкръ на стѣнкѣ рукава встрѣчается далеко нерѣдко, но очень часто просматривается; вторично-сифилитическія экзантемы здѣсь, напротивъ, не наблюдаются; наконецъ, папулезныя сифилиды и третичныя явленія встрѣчаются очень рѣдко. В. Г.

2) Вообще *ulcus rotundum vaginae* генетически, повидимому, представляетъ полное сходство съ круглою язвою желудка. В. Г.

ловых эксцессовъ, слишкомъ частыхъ и бурныхъ половыхъ сношеній, наконецъ, вслѣдствіе чрезмѣрной неопрятности.

Относительно рѣдко мы встрѣчаемъ на стѣнкѣ рукава и на наружной поверхности *portionis vaginalis* сосочковыя образования (острыя кондиломы), какъ результатъ раздраженія слизистой оболочки указанныхъ частей ѣдимымъ секретомъ, въ изобилии вытекающимъ изъ матки. Относительно этиологии, симптоматологии и терапіи этихъ случаевъ см. главу IV книги.

Примѣненіе нѣкоторыхъ лекарственныхъ веществъ также можетъ вызвать вагинитъ<sup>1)</sup>. Такъ, слишкомъ крѣпкіе растворы карболовой кислоты, лизола и хлористаго цинка могутъ обусловить, сообразно своей крѣпости, или поверхностныя, скоропроходящія воспаленія рукава, или же глубокіе обжоги. Тоже самое надо сказать и о слишкомъ продолжительномъ леченіи ихтиоломъ (тампоны съ ихтиолъ-глицериномъ). Послѣ усердной дезинфекціи рукава, необходимой передъ такими операціями, какъ кольпотомія, я неоднократно видѣлъ столь обширныя поверхностныя некрозы, что въ области влагалищныхъ сводовъ послѣ нихъ происходили сращенія и спаиванія противолежачихъ стѣнокъ.

При значительномъ выпаденіи матки, стѣнки рукава подвергаются сильному разстройству питанія, которое можетъ повести прежде всего къ отеку, а иногда дѣло доходить до образованія дефектовъ и отслойки эпителия (*decubitus*). Дефекты эти обуславливаются механическими insultами и треніемъ одежды, а иногда просто растяженіемъ отечныхъ выпавшихъ частей. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ язвы на стѣнкахъ выпавшаго рукава имѣютъ такой видъ, какъ будто слизистая оболочка въ этихъ мѣстахъ лопнула (см. главу о выпаденіи матки).

Воспалительные процессы съ вагины могутъ распространиться и на наружную поверхность *portionis vaginalis uteri*. При этомъ получается картина, которую ни подъ какимъ видомъ не слѣдуетъ смѣшивать съ картиной т. наз. эрозій (см. ниже главу объ эндометритѣ).

Вагинитъ можетъ быть еще вызванъ раздраженіемъ со стороны инородныхъ тѣлъ. Плохо подобранные пессаріи, или же пессаріи, сдѣланные изъ несоотвѣтствующаго, легко портящагося матеріала (бѣлая резина, кожа, дерево, воскъ), могутъ тереть и раздражать поверхностный слой рукавной стѣнки, затѣмъ производить глубокія язвы въ ней, наконецъ, даже вызывать перфорацию влагалищной стѣнки и свищи, соединяющіе рукавъ съ сосѣдними органами<sup>2)</sup>. Мѣсто перфорации бываетъ различно въ зависимости отъ формы пессарія. Нецѣлесообразный пессарій *Z w a n k'a*, благодаря тому, что поворачивается на одинъ прямой уголъ, производитъ язвы на передней и задней стѣнкѣ рукава и вызываетъ иногда пузырно-рукавные и прямокишечно-рукавные свищи. Плохо изогнутый восьмиобразный пессарій *S c h u l t z e* производитъ пролежни по преимуществу въ томъ мѣстѣ, гдѣ онъ придавливаетъ стѣнку рукава къ нисходящей вѣтви лонной кости. Пессарій *T h o m a s'a* производитъ иногда пролежни въ заднемъ влагалищномъ сводѣ.

Другіе пессаріи производятъ вредное давленіе въ томъ случаѣ, если форма ихъ измѣняется въ самомъ рукавѣ. Это часто случается съ целлюлоидными кольцами, если они не снабжены внутри мѣднымъ кольцомъ. Наконецъ, даже самый хорошій пессарій, сдѣланный изъ лучшаго матеріала, можетъ вызвать пролежни, если онъ содержитъ въ недостаточной чистотѣ (см. ниже главу о *retroversio-flexio*).

Хотя подобнаго рода пролежни и кажутся тотчасъ послѣ своего образованія весьма глубокими, однако же вскорѣ глубина ихъ уменьшается, и они заживаютъ быстро послѣ удаленія пессарія. Первоначальная ихъ глубина обуславливается отчасти воспалительнымъ припуханіемъ ихъ краевъ.

Такіе же пролежни, ведущіе зачастую къ перфорации рукавной стѣнки, вызываются также, конечно, въ совершенно атипической формѣ, инородными тѣлами, которыя попали въ рукавъ преступнымъ путемъ или благодаря мастурбации и не были оттуда извлечены.

1) По *V o d e n s t e i n'u* чрезчуръ энергичное и продолжительное примѣненіе прижигающихъ средствъ можетъ вызвать даже отслаивающій флегмонозный перивагинитъ (*perivaginitis phlegmonosa dissecans*). В. Г.

2) *N e u g e b a u e r'u* удалось собрать изъ литературы цѣлую массу (болѣе 300) случаевъ подобнаго рода. Имѣя это въ виду, каждый гинекологъ долженъ принять за правило, 1) вставивъ больной пессарій, непременно подвергать ее періодическимъ осмотрамъ, 2) назначать больной на все то время, пока она носитъ пессарій, соответственныя спринцеванія. В. Г.

Предметы, которые такимъ путемъ попадаютъ во влагалище, бываютъ весьма разнообразны. Между тѣмъ какъ для мастурбаціи пользуются преимущественно катушками отъ нитокъ и игольниками, для удовлетворенія извращеннаго полового влеченія мужчинъ, въ вагину вводятся насильно самые, казалось-бы, неподходящіе предметы (еловыя шишки, стаканы и головки трубокъ, подсвѣчники и т. п.). Эти предметы вызываютъ во влагалищѣ часто очень значительныя и глубокія поврежденія; послѣдствіемъ ихъ введенія бываютъ обширныя некрозы тканей и тяжелый сепсисъ.

Удаленіе такого рода тѣлъ иногда бываетъ чрезвычайно трудно и требуетъ большой ловкости. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ оказывается необходимо данный предметъ уменьшить еще въ рукавѣ или сдѣлать глубокой разрѣзъ черезъ introitus.

Припадки, вызываемые вагинитомъ, бываютъ различны въ зависимости отъ болѣзни. При болѣе простыхъ формахъ воспаленія дѣло сводится къ обильному отдѣленію мутной и даже гнойной жидкости, содержащей иногда примѣсь кровяныхъ элементовъ, и къ чувству жженія. Больныя ощущаютъ также давленіе и тяжесть въ половыхъ органахъ. При дифтеритическихъ формахъ, гдѣ вагинитъ служитъ лишь однимъ изъ проявленій септического процесса, распространяющагося далѣе по половому тракту, на первый планъ выступаютъ симптомы метрита, периметрита и перитонита. При формахъ, наблюдающихся при общихъ инфекціяхъ, симптомы кольпита также отступаютъ на задній планъ и бываютъ едва замѣтны.

Діагнозъ вагинита легко можетъ быть поставленъ на основаніи изслѣдованія зеркаломъ.

Причинное леченіе сводится къ устраненію катарра матки, удаленію карциномъ, извлеченію пессаріевъ, вызывающихъ пролежни, леченію выпаденія матки и т. п., для тѣхъ же формъ вагинита, которыя не являются вторичными, можно рекомендовать влагалищныя спринцеванія дезинфицирующими и вяжущими растворами. Спринцеванія эти можетъ дѣлать сама больная при помощи ирригатора. Наконечникъ, который вводится во влагалище, лучше всего брать изъ стекла, такъ какъ его всего легче содержать въ чистотѣ. Вообще на тщательную чистку наконечника до и послѣ каждаго спринцеванія нужно обращать особенное вниманіе; сохранять его надо въ высокомъ стаканѣ со спиртомъ или растворомъ сулемы 1 : 1000. Ирригацию слѣдуетъ дѣлать одинъ или два раза въ день, въ лежачемъ положеніи. Наконечникъ надо вводить въ вагину приблизительно на 6 сантиметровъ. Изъ дезинфицирующихъ веществъ заслуживаютъ примѣненія 2% растворъ карболовой кислоты, 1% растворъ креолина, 0,3% растворъ сулемы, 2%—5% растворъ борной кислоты, 0,3% растворъ салициловой кислоты, 3% растворъ перекиси водорода, 1% растворъ ихтіола, 1% растворъ молочной кислоты, слабокрасный растворъ *kali hypermanganici* и растворъ формалина. Изъ вяжущихъ средствъ лучшими являются 1% растворъ *zinci sulfurici*, 0,2% растворъ *plumbi acetici*, 1% альзолъ, *liquor alum. acet.* (1—2 стол. ложки на кружку въ 1 литръ) и древесный уксусъ (1—2 стол. ложки на литръ).

Еще лучше вводить въ рукавъ тампоны, пропитанные глицериномъ съ танниномъ (2:1), глицериномъ съ протарголомъ (10:1), глицериномъ съ квасцами (5:1), глицериномъ съ борной кислотой (10:1) и другими вяжущими средствами. Тампоны эти лучше вставлять

врачу, а не самой пациентки. Остаются они в вагине от 12 до 24 часов. Лечение продолжается несколько дней, затем делается пауза, потом лечение опять возобновляется. Если большая страдает гонореей, то прекрасное действие оказывают протарголовые тампоны. О лечении вагинита, представляющего собою частное проявление *sepsis*'а, см. соответствующую главу.

Th. Landau пробовал, при влагалищных бляхах, вводить в рукав пивные дрожжи (выскакивание 10—20 куб. сант. дрожжей, затем тампон, удаляемый через сутки). Albert применял сухие дрожжи (15 куб. сант. смешивались с 20 куб. сант. раствора цинка в кашницу, последняя вводилась в рукав на 6—8 часов, затем рукав проспринцовывался). Одни наблюдатели видели при этом лечении уменьшение вирулентности рукавных бактерий и благоприятное влияние на бляхи, другие отрицают это; я допускаю благоприятный эффект этого способа, но не без ограничений. Гонококки из рукава при лечении дрожжами не исчезают.

Своеобразную форму воспаления рукава представляет собою так называемая *colpohyperplasia cystica* (Winkel). При этой бляхы, наблюдаемой чаще у беременных, чем у небеременных, дело сводится к образованию многочисленных кист на паружной поверхности влагалищной стѣнки. Кисты эти мелкие и имѣют вид бляхъ возвышеній на ярко-красномъ фонѣ. Если ихъ проколоть, то изъ нихъ выходитъ гаяль. Стѣнки кистъ бывають выстланы однослойнымъ кубическимъ эпителиемъ, но могутъ и вовсе не содержать эпителия. Eisenlohr и Klein полагають, что *colpohyperplasia cystica* вызывается выдреніемъ в субэпителиальную ткань влагалища и в лимфатическія щели рукавной стѣнки микробовъ, выдѣляющихъ газы. Эти микробы имѣють видъ короткихъ палочекъ и были получены вышеуказанными наблюдателями в чистыхъ разводкахъ<sup>1)</sup>. Терапія состоитъ в промываніи рукава растворомъ сулемы; впрочемъ, послѣ родовъ это заблѣваніе проходитъ и само собою.

Нѣкоторые авторы находятъ связь между *garrulitas vulvae* (мало подходящій терминъ, обозначающій выходѣніе газовъ изъ рукава) съ проникновеніемъ в вагину бактерий, выдѣляющихъ газъ (*b. coli*). Для большинства случаевъ *garrulitas*, однако, можно вполне основательно предположить, что во влагалище сначала падаетъ нѣкоторое количество воздуха, который затѣмъ съ шумомъ оттуда выходитъ.

При старческой инволюціи наблюдаютъ иногда в рукавѣ, на значительномъ протяженіи, такіе же процессы, какіе имѣють мѣсто в полости маточнаго тѣла и ведутъ къ ея облитерации. В преклонномъ возрастѣ влагалище тоже становится уже, его морщины (*rugae*) сглаживаються, эпителиальный слой дѣлается тоньше, такъ что дѣло можетъ дойти до полного сращиванія эпителия съ послѣдующимъ сращеніемъ противоположащихъ поверхностей влагалищныхъ стѣнокъ. Особенно часто такое сращеніе наблюдается между влагалищнымъ сводомъ и *portio vaginalis*, даже в тѣхъ случаяхъ, когда влагалищная часть не особенно выдается (*vaginitis abhaesiva*) (Hildebrandt).

1) Исслѣдованія Lindenthal'я и др. авторовъ показали, что, повидимому, специфическимъ возбудителемъ *colpohyperplasiae cysticae* или эмфизематознаго вагинита слѣдуетъ считать анаэробную палочку, которой этотъ изслѣдователь далъ названіе *bacillus emphysematis vaginae*. Палочка эта похожа на палочку Kitasato, подъ микроскопомъ представляется короткою, съ закругленными концами, неподвижна, желатины не разжижаетъ, у морскихъ свинокъ и мышей вызываетъ гѣморгическіе отеки, а у кроликовъ абсцессы. В. Г.

## 2. Травматическія поврежденія рукава и ихъ послѣдствія.

Травматическія поврежденія рукава иногда имѣютъ мѣсто, прежде всего, *sub coitu*. Это — большіе поверхностные разрывы и даже перфорации влагалищной трубки; они наблюдаются преимущественно въ дѣтскихъ и старческихъ вагинахъ. Довольно часто разрывы *sub coitu* лежатъ паравагинально (Neugebauer): очевидно, *penis* при этомъ прокладываетъ себѣ ложный путь подлѣ рукава, начиная отъ большой губы. Вызываемое разрывомъ кровотечение можетъ необходимо потребовать немедленнаго врачебнаго вмѣшательства. Самымъ вѣрнымъ средствомъ является здѣсь наложение швовъ, если же этого сдѣлать почему-либо нельзя, то слѣдуетъ прибѣгнуть къ тампонаціи.

Перфорации влагалища наблюдаются также послѣ преступныхъ попытокъ вызвать абортъ (въ такихъ случаяхъ онѣ локализируются преимущественно въ сводахъ рукава, кругомъ *p. vaginalis*), а равно послѣ паденій и ударовъ.

Иногда тупая травма, не нарушая цѣлости рукавной стѣнки, можетъ вести къ образованію большихъ субмукозныхъ гѣматомъ. Въ подобныхъ случаяхъ нужно ждать, пока гѣматомы не рассосется; если же въ ней произойдетъ нагноеніе, то слѣдуетъ ее вскрыть.

Воспалительные и травматическіе процессы могутъ повлечь за собою частичное или полное зарощеніе вагинальной трубки, или же вызвать рубцовое ея суженіе; иначе говоря, они могутъ вести къ атрезіямъ и стенозамъ.

Атрезіи рукава могутъ захватывать или всю вагинальную трубку, или только незначительный ея отдѣлъ. Чаще всего встрѣчаются такія атрезіи, которыя до сихъ поръ считали врожденными, т. е. причисляли къ *vitia primae formatiois*. Согласно господствовавшему до недавняго времени мнѣнію, въ такихъ случаяхъ нижняя часть первоначально неполныхъ Mülleговыхъ тяжей продолжала оставаться массивной, а верхнія части (трубы, матка и верхній вагинальный отдѣлъ) получали просвѣтъ. Уже Küstner указалъ на возможность воспаления полового канала въ зародышевой жизни съ послѣдующимъ его зарощеніемъ. Nagel въ недавнее время указалъ, что въ тѣхъ случаяхъ, когда при атрезіяхъ рукава существуетъ непарная матка, нельзя допустить, чтобы вагина всегда оставалась неполной, но что здѣсь дѣло сводится къ послѣдствіямъ тѣхъ процессовъ, въ которые была вовлечена вагина уже послѣ того, какъ она сдѣлалась полой. Пожалуй, иногда этими процессами могутъ быть и воспаления, развившіяся во время зародышевой жизни, но въ большинствѣ случаевъ мы имѣемъ здѣсь дѣло съ послѣдствіями воспаленій, бывшихъ въ годы дѣтства, но прошедшихъ незамѣченными, — воспаленій, вызванныхъ инфекционными заболѣваніями, каковы: корь, скарлатина, оспа, дифтеритъ, гоноррея. (Для отдѣльныхъ случаевъ это доказано Nagel'емъ, Veit'омъ и мною).

Примѣръ: больная 14 лѣтъ на 8 году жизни перенесла тяжелую скарлатину, уже 3 мѣсяца жалуется на чувство давленія внизу живота. За это время у нея наблюдались два раза ожесточенія припадковъ, съ четырехнедѣльнымъ перерывомъ. При изслѣдованіи обнаруженъ большой haematocolpos и haematometra cervicalis, образовавшіеся за широкимъ, мясистымъ закрытіемъ нижней части влагалища. Примѣнена пластическая операція, какъ въ случаяхъ, описываемыхъ ниже.

Всѣмъ доказательствомъ въ пользу воспалительнаго происхожденія такого рода атрезій Nagel и Veit считаютъ сопровождающій ихъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ гѣматосальпинксъ. Въ закрытіи *ostii abdominalis tubae*, которое одно только можетъ вызвать задержку крови въ трубѣ, они видятъ результатъ того же самаго воспалительнаго процесса, который ведетъ и къ атрезіи вагины.

Такимъ образомъ, согласно этому взгляду, всѣ вагинальныя атрезіи, сопровождаемыя гѣматосальпинксомъ, надо считать имѣющими воспалительное происхож-

деніе. Дальнѣйшія наблюденія, изслѣдованія и литературныя данныя, однако, убѣдили меня, что указанное положеніе не можетъ быть принято безъ извѣстныхъ ограниченій. Могутъ существовать несомнѣнно врожденныя атрезіи нижнихъ отдѣловъ рукава безъ одновременнаго раздвоенія полового канала, причемъ часть этихъ атрезій должна быть отнесена насчетъ порочнаго развитія.

Несомнѣнно, далѣе, гѣматосальпинксъ можетъ возникнуть и при врожденныхъ стенозахъ и атрезіяхъ, обязанныхъ своимъ происхожденіемъ порокамъ развитія (см. главу III).

И въ болѣе позднемъ возрастѣ могутъ наблюдаться полныя или частичныя облитерации рукава, вызванныя инфекціонными заболѣваніями. Тяжелое септическое воспаленіе влагалища въ послѣродовомъ періодѣ, глубокія раны вслѣдствіе неосторожнаго врачебнаго вмѣшательства при родахъ и некротическое разрушеніе значительной части вагинальной трубки при тяжелыхъ родахъ — могутъ повлечь иногда за собою такія же послѣдствія (см. примѣры).

Атрезіи рукава могутъ, какъ уже было сказано выше, распространяться только на небольшіе отдѣлы рукава, или же захватываютъ все влагалище. Очень вѣроятно, что часть такъ наз. гименальныхъ атрезій — тоже воспалительнаго происхожденія и представляетъ собою атрезіи самаго нижняго отдѣла влагалища. Вообще, при тѣхъ формахъ атрезіи, которыя являются послѣдствіемъ вагинита, сопровождающаго общія инфекціонныя заболѣванія, поражается преимущественно нижняя часть влагалища. Однако въ одномъ случаѣ атрезіи послѣ пневмоніи (см. рис. 85 съ исторіей болѣзни) я нашель зарощенной всю вагину. При тѣхъ атрезіяхъ, которыя являются послѣдствіемъ ожоговъ, родовыхъ травмъ и тяжелыхъ септическихъ пуэрперальныхъ заболѣваній, разрушается большая и меньшая (иногда даже минимальная) часть собственной влагалищной стѣнки въ зависимости оттого, какъ глубоко проникъ болѣзненный процессъ, который иногда захватываетъ не только слизистую оболочку, но и мускулатуру влагалища!).

Среди симптомовъ рукавныхъ атрезій на первомъ мѣстѣ слѣдуетъ поставить задержку за атрезированнымъ мѣстомъ маточнаго секрета, а особенно менструальной крови. Послѣдняя, скопляясь, растягиваетъ проходимую верхнюю часть влагалища и нижнюю часть шейки въ опухоль, величину иногда въ голову взрослого человѣка (haematocolpos). При атрезіяхъ, образовавшихся въ дѣтскомъ (или эмбриональномъ) возрастѣ, самымъ выдающимся симптомомъ является отсутствіе мѣсячныхъ, жестокіе болевые припадки, повторяющіеся каждые четыре недѣли, иногда разстройства мочеиспусканія и дефекаціи. Если при этомъ образуется haematosalpinx, то страданія усиливаются. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ заболѣваніе обнаруживается благодаря тому, что попытки къ половымъ сношеніямъ остаются совершенно безуспѣшными.

Иногда за атрезированнымъ мѣстомъ собирается не кровь, но смѣсь крови съ слизью и гноемъ. Обыкновенно скопившаяся жидкость или бываетъ стерильна съ самаго начала, или дѣлается таковою вскорѣ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, однако, — это бываетъ обыкновенно при болѣе позднихъ атрезіяхъ, — указанная жидкость содержитъ различныхъ микробовъ.

Диагнозъ атрезіи въ большинствѣ случаевъ очень легко поста-

1) Результатомъ этого можетъ быть полное, — если такъ можно выразиться, — исчезновеніе влагалищной трубки, наступающее притомъ въ очень короткое время. Мнѣ пришлось недавно оперировать взрослую женщину, у которой несомнѣнно рукавъ былъ ранѣе совершенно нормаленъ и полная атрезія его несомнѣнно наступила не болѣе, какъ за 4 мѣсяца до операціи. Тѣмъ не менѣе, пытаюсь подойти къ маткѣ со стороны introitus, я не встрѣтилъ не только остатковъ влагалищной трубки, какъ таковой, но и болѣе или менѣе объемистаго рубцоваго тяжа на ея мѣстѣ. В. Г.

вить на основании опущивания со стороны рукава, а также бимануального исследования *per rectum*.

Терапия состоит в оперативном устранении атрезии. Если последняя распространяется на незначительную часть влагалищной трубки, то потом лучше всего соединить соответствующие края стѣнки рукава швами. Впрочемъ при атрезіяхъ, находящихся непосредственно за гименомъ, даже и это является излишнимъ.

Если одновременно съ накопленіемъ крови въ рукавѣ и маткѣ имѣется *haematosalpinx*, то слѣдуетъ сначала оперировать его — пригомъ *per abdomen*. Освободивъ наполненную кровью трубу отъ сращеній, изсѣкаютъ ее и лишь послѣ того приступаютъ, — лучше немедленно, — къ вскрытію *haematocolpos'a*.

Если атрезирована большая часть вагины, то очень трудно сохранить результатъ операции. Самое лучшее прибѣгнуть въ подобныхъ случаяхъ къ трансплантаци (сравни гл. III), такъ какъ настоящая мышечная трубка вагины здѣсь въ большинствѣ случаевъ отсутствуетъ, а искусственный каналъ, даже если его сдѣлать *lege artis*, имѣетъ тенденцію къ зарощенію. Даже систематическое вкладываніе въ теченіе долгаго времени канюль (Breisky) не въ состояніи предотвратить сморщиванія и послѣдующей окончательной облитерациі просвѣта. Последней можно воспрепятствовать лишь путемъ трансплантаци въ искусственный каналъ покрововъ сосѣднихъ частей<sup>1)</sup>.

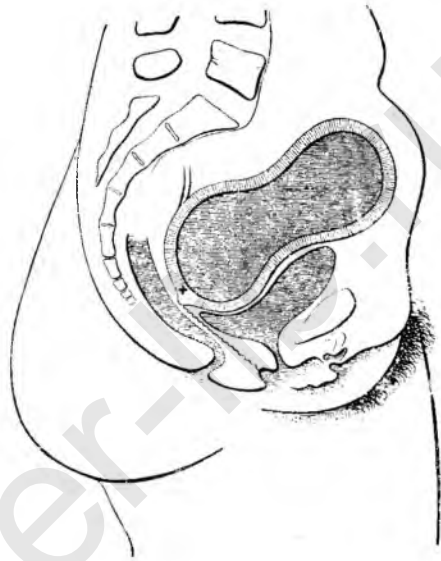


Рис. 85. Наематометра вследствие *atresia vaginae totalis acquisita*. † *Portio vaginalis*. Извилистая линия представляетъ собою облитерированную вагину. (Случай S. Schultze).

1) Нисколько не возражая противъ рекомендуемаго авторомъ метода, не могу не высказать мысли, нельзя-ли при гематометрѣ, обусловленной полною атрезіей или полнымъ дефектомъ рукава, воспользоваться, для сознанія искусственнаго влагалища, самой маткой? Последнюю, для этой цѣли, можно было-бы смѣстить внизъ и вшить въ разрѣзъ промежности — или цѣликомъ, или послѣ предварительной ампутаци тѣла. Последовательное суженіе шеечнаго канала можно было-бы предотвратить сначала систематическимъ бужированіемъ, а впоследствии, когда больная начнетъ жить половою жизнью, — эта последняя сама могла-бы препятствовать суженію.

Уже послѣ того, какъ эта мысль была высказана мною печатно (въ 1903 г.), — я встрѣтилъ въ литературѣ случай *Violet* (описанъ въ 1905 г.), гдѣ этотъ авторъ, при полной атрезіи рукава, какъ разъ съ успѣхомъ примѣнилъ указанный способъ. Въ этомъ случаѣ, однако, искусственный рукавъ образовался не изъ маточной шейки, а изъ покрововъ вульвы, трубкообразно втянутыхъ шейкою, которая, послѣ пришиванія ея къ *introitus*, отошла кверху. В. Г.

Въ одномъ подобномъ случаѣ я воспользовался для трансплантациі слизистой оболочкой только что передъ этимъ резецированного куска кишки, въ другихъ случаяхъ — кусками слизистой оболочки влагалища, полученными при кольпоррафii, а въ третьихъ — покровами малыхъ губъ; послѣднія я отрѣзывалъ, оставляя лишь у основанія ножку, и трансплантировалъ на внутреннюю поверхность искусственно образованнаго рукава.

Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ, вслѣдствіе значительнаго протяженія атрезіи, образование просвѣта въ ней и поддержаніе этого просвѣта являются невозможными, слѣдуетъ прибѣгать къ абдоминальной экстирпациі матки<sup>1)</sup> или, послѣ предварительнаго опорожненія матки, къ кастраціи, на каковую мѣру съ настоящеее время вообще рѣшаются неохотно.

Примѣры :

1) Больная 49 лѣтъ, въ дѣтствѣ была всегда здорова, начала менструировать съ 16 лѣтъ, родила 5 дѣтей. Черезъ 12 лѣтъ послѣ послѣднихъ родовъ больная заболѣла воспаленіемъ легкиихъ, сопровождавшимся желтухой. Во время болѣзни появилось довольно сильное кровотеченіе изъ половыхъ органовъ, соединенное съ болями и длившееся нѣсколько дней. Одновременно съ этимъ пациентка стала ощущать сильныя ноющія боли въ крестцѣ, а затѣмъ коликоподобныя боли во всей подчревной области. Когда, потомъ, она встала съ постели, то, 6 недѣль спустя, у ней появилось безболѣзненное кровотеченіе изъ прямой кишки. Черезъ нѣсколько недѣль это кровотеченіе повторилось.

Ислѣдованіе 28/II 1891: въ животѣ имѣется очень подвижная опухоль, выходящая изъ таза и доходящая приблизительно до высоты пупка. Опухоль имѣетъ форму увеличенной матки. Vulva зарощена; имѣется лишь одно маленькое отверстіе, лежащее передъ уретрой, такъ что послѣднюю нельзя видѣть непосредственно. Диагнозъ: haematometra вслѣдствіе полной облитерациі вагины и вульвы.

Операциія была начата попыткой дойти до гематометры туннымъ путемъ. Такъ какъ это, однако, оказалось невозможнымъ, то пришлось прибѣгнуть къ чрезвычайно трудной препаровкѣ тканей между пузыремъ и прямой кишкой и при помощи ножа достигнуть опухоли, которая была проколота троакаромъ. Послѣ операциі 3 нормальныхъ менструаціи. Впослѣдствіи произошло новое зарощеніе и потребовалось новое опорожненіе гематометры тѣмъ же способомъ. (Наблюденіе изъ клиники Schultze въ Іенѣ. S. Schultze. Diss. inaug. Iena).

Этотъ случай нагляднымъ образомъ иллюстрируетъ громадную трудности, съ которыми иногда бываетъ сопряжено устраненіе рукавныхъ атрезій со стороны вульвы. Теперь здѣсь предпочли-бы полную абдоминальную экстирпацию гематометры.

Рис. 86. Своеобразное измѣненіе формы вульвы при атрезіи totalis acquisita vaginae et orificii externi uteri (Ср. рис. 85).

2) Больная 28 лѣтъ, имѣла выкидышъ на VII мѣсяцѣ беременности въ ноябрѣ 1891 г. Гидрамнионъ. Мертвый плодъ. Ручное удаленіе плаценты. Тяжелое септическое заболѣваніе во время пуэрперальнаго періода. Менструаціи съ тѣхъ поръ не возобновлялись. Ислѣдованіе, произведенное 16/x 1892, обнаружило полное зарощеніе вагины, приблизительно въ средней ея части. Per rectum можно прощупать тѣстоватое наощупъ тѣло меньше кулака величиною, имѣющее шарообразную форму и верхнимъ своимъ концомъ находящееся въ тазовомъ входѣ.

1) Операциія эта является здѣсь тѣмъ болѣе умѣстной, что, при долго существовавшихъ гематометрахъ, тисcosa uteri оказывается обычно сильно измѣненною и неспособною уже къ нормальнымъ функціямъ. В. Г.



Наркозъ. Разрѣзъ атрезированнаго мѣста. Тупое раздѣленіе болѣе глубокихъ слоевъ. Почти на глубинѣ 4 сантиметровъ найдена опухоль, которая, будучи надрѣзана, опорожнила болѣе 100 сс. густой, темной, какъ деготь, крови. При этомъ оказалось, что ретенціонный мѣшокъ былъ образованъ лишь верхнимъ отдѣломъ вагины. Послѣ полного опорожненія этого мѣшка, можно было на немъ прощупать маленькое маточное тѣло, не вдававшееся влагалищной частью въ haematocolpos.

Верхній отдѣлъ вагины былъ пришитъ къ нижней ея части 10 катгутowymi швами. Наступило скорое выздоровленіе. Prima intentio.

3) Больная 25 лѣтъ, рожавшая два раза; послѣдніе роды годъ тому назадъ. Оба раза роды были трудны, съ посторонней помощью; дѣти рождались мертвые. Со времени послѣднихъ родовъ мѣсячныя не приходили. Незадолго до поступления пациентка замѣтила у себя опухоль внизу живота и стала чувствовать постоянныя боли въ крестцѣ, которыя ожесточались каждыя четыре недѣли.

Пациентка очень малаго роста, почти карликъ. Размѣры таза: D. sp. 21, D. cr. 24, C. ext. 16. Разрывъ промежности, являющийся почти на 1 сант. въ rectum. На разстояніи 2 сант. за гименомъ рукавъ совершенно облитерированъ. Въ мѣстѣ зарощенія находится поперечный, едва замѣтный линейный рубецъ, который переходитъ слѣва, около columna rugarum posterior, непосредственно въ типическій рубецъ промежностнаго разрыва. За атрезированной вагиной находится, — что очень ясно опредѣляется при изслѣдованіи per rectum, — эластическая опухоль величиною приблизительно въ кулакъ. Ее можно также прощупать снаружи надъ симфизомъ.

Діагнозъ: atresia vaginalis partialis post partum. Haemolytometra.

Операция 4/V 1892. Сначала я сдѣлалъ надрѣзъ въ поперечномъ рубцѣ, находившемся въ сводѣ слѣбого мѣшка влагалища, затѣмъ повелъ его дальше по рубцу, шедшему около columna rugarum posterior. Дальше я шелъ уже тупымъ путемъ, контролируя мои дѣйствія со стороны пузыря и прямой кишки. Послѣ того, какъ я такимъ образомъ проникнулъ на глубину 2—4 сант., изъ раны стала вытекать жидкая кровь, похожая по цвѣту на деготь.

Сдѣланное отверстіе было расширено тупымъ путемъ. Оказалось, что полое пространство, вмѣщавшее въ себя всего 40—50 куб. сант. черной крови, было образовано по преимуществу верхнимъ отдѣломъ влагалища. Въ открытомъ влагалищномъ сегментѣ можно было прощупать вѣсколько раскрытый наружный маточный зѣвъ, смотрѣвшій влѣво.

Вторая операция 23/V. Верхній влагалищный сегментъ былъ соединенъ швами съ нижнимъ. Одновременно была произведена пластическая операция ректовагинальнаго разрыва. Результатъ хорошій.

Стенозы рукава обуславливаются по большей части рубцами. Вообще рубцовые тяжи наблюдаются въ рукавѣ очень часто, причемъ они встрѣчаются обыкновенно въ излюбленныхъ мѣстахъ типическихъ родовъ поврежденій. Такъ, напр., промежностные рубцы почти всегда продолжаютъ и вглубь влагалища; тоже самое слѣдуетъ сказать и относительно разрывовъ portionis vaginalis, обуславливающихъ ectropion: съ одной или съ обѣихъ сторонъ ихъ продолженіемъ въ сводахъ рукава служатъ обыкновенно линейные рубцы. Иногда плотный рубцовой тяжъ оказывается соединяющимъ уголь ectropiona съ промежностнымъ рубцомъ, — въ подобныхъ случаяхъ, очевидно, рукавъ былъ разорванъ по всей длинѣ, отъ portio vaginalis до входа. Такіе рубцы нерѣдко вызываютъ различныя разстройства. Такъ, они могутъ мѣшать вставленію во влагалищный сводъ пессарія, если одновременно имѣется retroversio-flexio uteri.

Болѣе обширные рубцы наблюдаются послѣ частичной гангрены влагалищныхъ стѣнокъ, являющейся иногда слѣдствиемъ продолжительныхъ и тяжелыхъ родовъ. Такъ, напр., влагалищныя фистулы, идущія въ пузырь или прямую кишку, осложняются по большей части обширными рубцами, находящимися въ ихъ соедѣствѣ. Но и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ дѣло не доходитъ до образованія

фистуль, тяжелые роды могут повести къ обширнымъ некрозамъ влагалищныхъ стѣнокъ съ послѣдующимъ рубцеваніемъ. Рукавъ превращается тогда въ твердую, неподатливую, въ большинствѣ случаевъ суженную и укороченную трубку, въ значительной мѣрѣ непригодную для половыхъ сношеній. Растяженіе этой трубки пальцами, введеніе *Восетан*'овскихъ шариковъ и разрѣзы устраняють стенозъ лишь на время и въ весьма незначительной степени.

Даже то значительное расширеніе, которымъ сопровождается прохожденіе ребенка при родахъ, даетъ обыкновенно въ подобныхъ случаяхъ кратковременный результатъ.

Примѣры :

1) 5/VI 1890 въ мою Дерптскую клинику явилась для родовъ IV-рага, имѣвшая значительный стенозъ рукава. Пациентка 4 года тому назадъ уже являлась однажды рожать въ клинику, также вслѣдствіе значительнаго рубцового суженія влагалища. Хотя въ то время у ней были сдѣланы обширные надрѣзы рукавной стѣнки, послѣ которыхъ было возможно рожденіе неперфорированной головки, но теперь у ней оказался опять сильный стенозъ, потребовавшій кроваваго расширенія. Несмотря на это послѣднее, чтобы окончить роды, у больной пришлось еще прибѣгнуть къ перфорации головки давно уже умершаго плода.

2) 23/VI 1890 поступила въ мою клинику II-рага, у которой рукавъ оказался настолько суженнымъ, что въ него нельзя было ввести даже мизинца. Послѣ обширныхъ надрѣзовъ сдѣлалась возможна экстракція ребенка при помощи щипцовъ.

Въ обоихъ этихъ случаяхъ при выпискѣ больныхъ изъ клиники (первая изъ нихъ выписалась послѣ 10 дней безлихорадочнаго пуэриперія, а вторая — 15 дней спустя послѣ родовъ, причемъ съ 5 по 8 день у нея наблюдалась лихорадка до 38,7°) рукавъ у нихъ оказался уже опять почти столь же суженнымъ, какъ и до родовъ.

Радикальные результаты при подобныхъ суженіяхъ рукава даетъ удаленіе всѣхъ рубцовыхъ массъ съ послѣдующей пересадкой кожи для закрытія дефектовъ. При этомъ надо руководиться тѣми же предписаніями, что и при леченіи атрезій. (См. исторію болѣзни).

Примѣры :

1) Больная 24 лѣтъ, въ августѣ 1891 родила въ первый разъ. Роды были трудны и продолжались 8 дней. Послѣродовая горячка. Послѣ выздоровленія оказалось, что половыя сношенія для пациентки невозможны, такъ какъ сейчасъ за входомъ въ рукавъ находится непреодолимое препятствіе. Въ январѣ 1892 г. было приступлено къ леченію. Первоначально вкладывали ляминаринъ, а потомъ было произведено расщепленіе суженія. Вскорѣ послѣ этого рукавъ вернулся къ прежнему состоянію.

При изслѣдованіи больной я нашелъ, что влагалище на разстояніи 2—3 сант. отъ входа до такой степени сужено рубцовымъ кольцомъ, что черезъ отверстіе едва проходитъ палецъ. Рубцовое кольцо имѣетъ въ длину по меньшей мѣрѣ 1 сантиметръ, причемъ продолженіемъ его служить линейный рубецъ, идущій къ промежности по правой сторонѣ задней вагинальной стѣнки. За рубцовымъ кольцомъ можно прощупать отдѣлъ вагины, высланный гладкой слизистой оболочкой.

Операция, сдѣланная 15/V 1892, состояла въ экцизиі рубцоваго кольца и его продолженія — рубцоваго тяжа, причемъ образовался громадный дефектъ. Затѣмъ верхній конецъ вагины былъ соединенъ съ нижнимъ при помощи глубокихъ швовъ. Для надлежащаго покрытія стѣнокъ нижняго сегмента былъ вырѣзанъ лоскутъ изъ лѣвой части преддверія. Остатокъ поперечной раны соединенъ швами наискось и сагиттально.

Въ началѣ іюня можно было констатировать отличный результатъ операциі: у больной была найдена немного короткая, но достаточно широкая вагина безъ неподатливаго рубца.

2) Больная 28 лѣтъ обратилась въ мою клинику съ жалобами на суженіе влагалища, препятствующее половымъ сношеніямъ, и съ просьбою устранить сго.

Больная родила въ первый разъ 11 недѣль тому назадъ. Роды продолжались нѣсколько дней, но окончились безъ посторонней помощи. Послѣродовой періодъ безъ лихорадки.

Исслѣдованіе половыхъ органовъ обнаружило неполный разрывъ промежности. Весь introitus занятъ бѣлыми, хрящеватыми рубцами. Такіе же точно рубцы покрываютъ широко открытую вагину, которая уже на глубинѣ 2½ сант. воронкообразно суживается и оканчивается узкою щелью, пропускающею лишь зондъ № 10. Щель окружена крѣпкою рубцовой тканью. Путемъ зондирования можно убѣдиться, что выше мѣста стриктуры имѣется еще участокъ рукава около 2 сант. длиною. Эта верхняя часть влагалища не содержитъ въ себѣ *portio* *vaginalis* *uteri*, — въ нее прямо открывается узкій маточный зѣвъ, пропускающій на 7 сант. зондъ № 3. Мѣсто зѣва едва можно прощупать. Матка сильно ретровертирована. Въ параметріяхъ не прощупывается ничего патологическаго. Отъ вагинальныхъ рубцовъ идутъ въ паравагинальной клѣтчаткѣ твердые тяжи къ стѣнкамъ таза.

Операция, произведенная 15/IV 1888, состояла въ экстирпации рубцовъ и пересадкѣ слизистой оболочки тонкой кишки, только что полученной путемъ резекціи. Лоскутки присосли на всемъ протяженіи. Первоначально пересаженная *muscosa* отдѣляла много слизи, но уже 10/V она отмѣчается въ журналѣ, какъ сухая. Хотя теперь весь introitus былъ высланъ розово-красной слизистой оболочкой, однако верхняя часть стенозированнаго участка опять сильно сужилась, — трансплантированныхъ лоскутковъ не хватило на весь рукавъ. Вслѣдствіе этого 14/V было сдѣлано новое вырѣзываніе рубцовъ въ области стеноза, причемъ поверхность раны покрыта двумя кусками слизистой оболочки, только что полученной при *colporrhaphia posterior*. Часть лоскутковъ некротизировалась.

Спустя 1½ года, у больной была произведена третья по счету эксцизия оставшагося рубцового кольца. Рана была сильно расширена и выслана лоскуткомъ вульварныхъ покрововъ, который оставили у основанія въ связи съ первоначальнымъ мѣстомъ нахождения, а затѣмъ повернули.

Результатъ получился вполнѣ удовлетворительный.

### 3. Аномаліи положенія рукава.

Выпаденіе рукава, независимое отъ аномалій положенія матки, т. е. выпаденія, опущенія и перетѣпа послѣдней кзади, можетъ наблюдаться какъ со стороны передней, такъ и со стороны задней стѣнки.

Выпаденіе передней стѣнки является послѣдствіемъ недостаточнаго обратнаго развитія влагалища и вульварныхъ заплотительныхъ приспособленій послѣ родовъ, иногда же является послѣдствіемъ разрывовъ промежности (см. соответствующую главу). Вслѣдствіе прочнаго соединенія передней влагалищной стѣнки съ пузыремъ, выпаденіе этой стѣнки бываетъ обычно сопряжено съ образованіемъ соответствующаго дивертикула въ пузырь (*cystocele*). При этомъ, чѣмъ больше затруднено полное опороженіе пузыря вслѣдствіе образованія такого дивертикула, и чѣмъ сильнѣе нужно напрягать брюшиной прессъ при каждомъ мочеиспусканіи, тѣмъ значительнѣе дѣлаются съ теченіемъ времени выпаденіе и *cystocele*. Этотъ *circulus vitiosus* можетъ повести въ концѣ концовъ къ громаднымъ выпаденіямъ влагалищной стѣнки.

Гораздо чаще выпаденіе передней стѣнки влагалища является результатомъ глубокаго стоянія матки (*retroversio-flexio*). Это неправильное положеніе матки очень часто упускается изъ виду какъ при исслѣдованіи, такъ и при леченіи *prolapsus vaginae anterioris*.

Съ цѣлью устраненія данной аномаліи весьма умѣстными являются — широкая овальная резекція передней влагалищной стѣнки, отдѣленіе пузыря, уменьшеніе *cystocele* при помощи погружныхъ швовъ и закрытіе овальной влагалищной раны въ сагиттальномъ направленіи.

Болѣе стойкіе результаты даже и въ такихъ случаяхъ выпаденія передней стѣнки рукава, гдѣ положеніе матки нормально, даетъ вагинофиксація матки. Пришитая къ рукаву ниже пузыря матка препятствуетъ возобновленію *cystocele*. Указанную операцію можно, однако, примѣнять лишь у женщинъ, которыя не могутъ болѣе забеременѣть (см. объ этомъ главы VIII и IX).

О леченіи выпаденій передней влагалищной стѣнки, зависящихъ отъ неправильнаго положенія матки и отъ разрывовъ промежности, см. гл. V и IX.

Выпаденіе задней стѣнки рукава также довольно часто встрѣчается независимо отъ измѣненія положенія матки. Въ подобныхъ случаяхъ *prolapsus vaginae posterior* всегда является послѣдствіемъ плохо зажившихъ промежностныхъ разрывовъ, преимущественно неполныхъ. И этого рода выпаденія очень часто, хотя и, не всегда, бываютъ сопряжены съ образованіемъ дивертикула въ сосѣднемъ половѣ органѣ — прямой кишкѣ (*rectocele*). Обусловливаемые этимъ затрудненія при дефекаціи увеличиваютъ постепенно выпаденіе. Словомъ, и здѣсь дѣло обстоитъ точно такъ же, какъ при выпаденіи передней стѣнки рукава и *cystocele*.

Излеченіе наступаетъ послѣ устраненія промежностнаго разрыва. При наличности *rectocele* слѣдуетъ обратить должное вниманіе на то, чтобы во время операціи отдѣлнить *rectum* и затѣмъ уничтожить дивертикуль ректальной стѣнки при помощи погружныхъ швовъ.

Примѣненіе влагалищныхъ пессаріевъ при выпаденіи какъ передней, такъ и задней стѣнокъ рукава даетъ лишь палліативный успѣхъ. Цѣль и суть дѣйствія пессаріевъ заключается, въ подобныхъ случаяхъ, въ растяженіи рукавныхъ стѣнокъ, благодаря которому и устраняется вынѣчиваніе ихъ изъ половой щели. Дѣйствія пессаріевъ въ смыслѣ исправленія положенія матки здѣсь нѣтъ нужды добиваться, ибо матка и безъ того лежитъ нормально. Поэтому для устраненія выпаденія рукава, не сопровождаемыхъ смѣщеніями матки, достаточно самыхъ простыхъ формъ пессаріевъ, каковы простыя кольца изъ твердаго каучука или пессарія *Hodge*. Кольцо изъ мягкой резины слѣдуетъ избѣгать, ибо они вызываютъ секретію и вонь (см. главы VIII и IX<sup>1)</sup>).

#### 4. Новообразованія рукава.

Кисты влагалища принадлежатъ къ числу рѣдкостей. Болѣе объемистыя изъ нихъ иногда обвязаны своимъ происхожденіемъ порокамъ развитія (см. главу III). Такая киста вдается

1) За то твердыя кольца производятъ болѣе сильное давленіе на стѣнки рукава и легче вызываютъ на нихъ пролежни; съ другой стороны, вонючихъ отдѣлений всегда можно избѣгнуть, держа рукавъ и находящееся въ немъ кольцо въ чистотѣ при помощи спринцеваній; въ виду всего этого я предпочитаю въ тѣхъ случаяхъ выпаденія рукава, гдѣ оперативное леченіе почему-либо невозможно, примѣнять все-таки толстыя кольца изъ мягкой резины. В. Г.

въ просвѣтъ рукава обыкновенно сбоку и кзади или впереди. Наружная поверхность ея представляет собою нормальную слизистую оболочку рукава, или же послѣдняя бывает настолько истончена, что содержимое кисты просвѣчиваетъ сквозь нее и обуславливаетъ ея синеватую окраску. При разрѣзѣ стѣнки кисты, изъ ея полости вытекаетъ слизистое, слизисто-гнойное или кровянистое содержимое; иногда послѣднее имѣетъ цвѣтъ глины. На эти ретенціонныя кисты можно смотрѣть, какъ на двойныя, рудиментарныя, закрытыя влагалища: онѣ происходятъ, стало быть, изъ Müller-овыхъ ходовъ. Въ подобныхъ случаяхъ верхушка кисты лежитъ не выше влагалищнаго свода проходимой вагины, а стѣнка ея бываетъ выстлана многослойнымъ плоскимъ эпителиемъ (см. рис. 86). Такое происхождение рукавныхъ кистъ подвергается сомнѣнію Nagel'емъ. Помимо указанного способа развитія, ретенціонныя кисты рукава могутъ происходить, — и это бываетъ чаще, — изъ сохранившихся остатковъ Wolff'овыхъ ходовъ. Возможность такого генеза вагинальныхъ кистъ не подлежитъ уже никакому сомнѣнію съ тѣхъ поръ, какъ Klein имѣлъ возможность прослѣдить, у одной новорожденной дѣвочки и у одной дѣвочки болѣе старшаго возраста, сохранившіеся Wolff'овы ходы на протяжении всего влагалища вплоть до гимена. Происходящія изъ Wolff'овыхъ ходовъ кисты выстланы бываютъ однослойнымъ эпителиемъ. По большей части онѣ растутъ вверхъ, въ параметрій, и доходятъ до самаго пароварія. Съ эмбриологической точки зрѣнія онѣ вполнѣ эквивалентны пароваріальнымъ кистамъ.



Рис. 87. Киста передней вагинальной стѣнки. Больная 29 лѣтъ, рожала 1 разъ 2 года тому назадъ. Со времени родовъ пациентка стала замѣчать, что у нея что-то выступаетъ изъ вагины. Врачъ предписалъ пессарій. Вслѣдствіе имѣвшагося одновременно сальпингоофорита и фиксированнаго перегиба матки кзади, у больной было произведено чревосѣченіе, правыя придатки удалены, матка отдѣлена отъ срощеній и вентрофиксирована, затѣмъ влагалищная киста вылучена, и ея ложе закрыто швами. Выздоровленіе. (Bertholdt, Küstner-Neisser'овскій стереоскопическій атласъ).

Кромѣ описанныхъ способовъ, кисты рукава могутъ возникать вслѣдствіе застоя устья вагинальныхъ криптъ, вслѣдствіе роста въ просвѣтъ рукава ретенціонныхъ кистъ, исходящихъ изъ сосѣднихъ железистыхъ органовъ, напр. изъ железъ Littrè, и вслѣдствіе закупорки выводныхъ протоковъ рукавныхъ железъ, которыя, какъ показалъ R. Meyer, иногда попадаютъ у новорожденныхъ. Наконецъ, кисты влагалища могутъ возникать вслѣдствіе кровоизліяній въ пери — или въ паравагинальную соединительную ткань. Маленькія кисты рукава можно нерѣдко видѣть на старыхъ рубцахъ, происшедшихъ отъ поврежденій влагалища при родахъ, напр. возлѣ *columna rugarum posterior*.

Что касается терапіи тѣхъ влагалищныхъ кистъ, которыя объяснены своимъ происхожденіемъ порокамъ развитія, то ихъ слѣдуетъ по меньшей мѣрѣ вскрывать, вшивая затѣмъ мѣшокъ кисты въ рану. Если киста представляет собою вторую закрытую вагину, то са-

мымъ цѣлесообразнымъ мѣропріятіемъ будетъ резекція ея стѣнки на возможно большемъ протяженіи. Если же киста является опухолью, которую можно отдѣлить тупымъ путемъ отъ окружающей ткани, то ее слѣдуетъ вылущить. Весьма вѣроятно, что въ такихъ случаяхъ мы имѣемъ дѣло съ ретенционными кистами, происшедшими изъ Wolffовыхъ ходовъ. Впрочемъ, иногда удается, — какъ показываетъ случай, изображенный на рис. 89, — вылущить вполне и рудиментарное закрытое влагалище.



Рис. 88. Разрѣзъ черезъ стѣнку вагинальной кисты, выстланную однослойнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ. Больная 34 лѣтъ. При изслѣдованіи, въ заднемъ влагалищномъ сводѣ найдена кистовидная опухоль величиною въ грецкій орѣхъ. Вылущеніе кисты, полость которой оказалась наполненною стекловиднымъ, тягучимъ содержимымъ.

Миомы влагалищной стѣнки очень рѣдки (до настоящаго времени описано около 160 случаевъ). Онѣ исходятъ изъ мускульнаго слоя вагинальной трубки и, стало быть, состоятъ изъ гладкихъ мышечныхъ элементовъ. Въ отдѣльныхъ случаяхъ, впрочемъ, наблюдались и опухоли изъ поперечно-полосатой мышечной ткани. (Potel). Иногда миомы рукава сидятъ въ стѣнкѣ его на широкомъ основаніи, иногда же выпячиваются на подобіе полипа<sup>1)</sup>. Онѣ болѣе доступны для инфекціонныхъ зародышей, чѣмъ миомы матки. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ онѣ могутъ создавать извѣстныя затрудненія при родахъ.

Дифференціальныи діагнозъ имѣетъ своей задачей исключить здѣсь вагинальныя кисты. Рациональная терапия состоитъ въ оперативномъ удаленіи этихъ опухолей, что можетъ быть достигнуто путемъ вылущенія ихъ, или же, при полипозныхъ формахъ, — простымъ ихъ отсѣченіемъ.

Herff, Kleinhaus, Pfannenstiel и R. Meyer описали аденомиомы рукава, производимыя ими изъ Gartner'овскаго хода; опухоли эти лежали въ области влагалищныхъ сводовъ<sup>2)</sup>.

Саркомы рукава также рѣдки. Чаще онѣ встрѣчаются въ раннемъ дѣтствѣ, чѣмъ въ болѣе позднемъ возрастѣ. Въ этихъ случаяхъ дѣло сводится по

1) Собравъ изъ литературы (въ 1900 г.) и собственной практики 80 случаевъ фиброміомъ рукава, я убѣдился, что источникомъ ихъ чаще служитъ передняя стѣнка этого органа, — что опухоли эти развиваются преимущественно у женщинъ въ періодъ половой зрѣлости, — что, разъ появившись, онѣ обнаруживаютъ наклонность роста преимущественно въ просвѣтъ рукава, и что среди нихъ, какъ и среди маточныхъ фиброміомъ, слѣдуетъ различать субмукозныя и интрастигмальные. — Въ 1903 г. Potel могъ собрать уже 160 случаевъ этихъ опухолей. В. Г.

2) Чаще всего опухоли эти лежатъ въ заднемъ сводѣ. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ эпителиальныя образованія въ нихъ бываютъ развиты значительно, окружающая же мышечная ткань — сравнительно слабо, онѣ представляются въ видѣ плоскихъ образований, которыя можно смѣшать съ первичнымъ ракомъ рукава. Такой именно случай былъ описанъ недавно Leisewits'емъ; такой же случай недавно пришлось наблюдать и мнѣ (описанъ въ печати д-ромъ Н. И. Горизонтовымъ). В. Г.

большей части къ образованію гроздевидныхъ, дольчатыхъ опухолей, которыя исходятъ изъ передней, рѣже изъ задней стѣнки рукава, рано распадаются и нагнаиваются и быстро распространяются на сосѣдніе органы, а особенно на пузырь. Нерѣдко въ опухоляхъ этихъ были находимы мышечныя клѣтки (Kolisko). Гистогенетически саркомы рукава у дѣтей занимаютъ совершенно особое положеніе: по Wilm's'y, онѣ происходятъ изъ мезодермальныхъ клѣтокъ задней части тѣла, занесенныхъ въ рукавъ при ростѣ Wolffова хода. Такимъ образомъ опухоли эти являются родственными тератомамъ.

Развивающіяся у взрослыхъ саркомы рукава не имѣютъ гроздевидной формы, а обыкновенно являются въ видѣ сферическихъ опухолей плотной консистенціи. Описаны круглоклѣточковыя и веретенообразноклѣточковыя саркомы рукава, а также телеангіэктатическія и меланотическія. Гистогенетически онѣ сходны съ саркомами, развивающимися въ другихъ частяхъ тѣла.

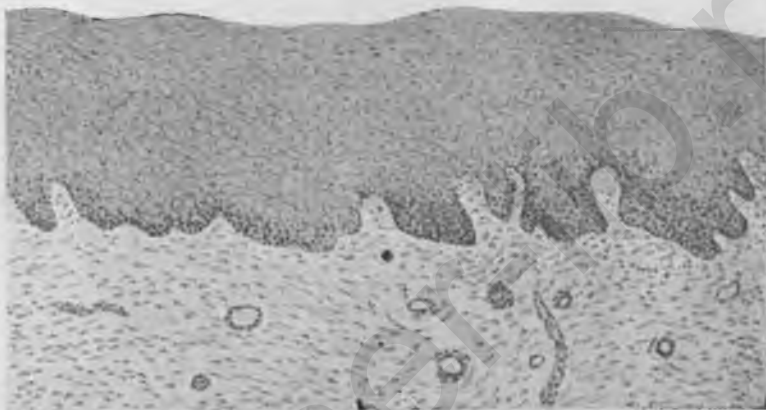


Рис. 89. Внутренняя стѣнка рукавной кисты, оказавшейся рудиментомъ двойного влагалища. Больная 32 лѣтъ, рожавшая 3 раза, послѣдній разъ 5 мѣсяцевъ тому назадъ. Послѣ послѣднихъ родовъ выпаденіе рукава; примѣненъ пессарій, но безъ успѣха. Въ августѣ 1903 г. пациентка явилась съ ретрофлексіей матки и опущеніемъ обѣихъ рукавныхъ стѣнокъ. На лѣвой стѣнкѣ влагалища найдено было отверстіе около 3 сант. линію, которое вело въ кистовидную полость и по краямъ представляло слѣды отъ швовъ. Отверстіе это было продѣлано при операци, которой больная подверглась незадолго предъ тѣмъ, и которая заключалась во вскрытіи кисты съ послѣдующимъ шиваніемъ ея полости въ рукавъ. 24 августа операци — передняя кольпоррафія съ экстирпаціей всей полости кисты, задняя кольпоррафія и вентрофиксація; при производствѣ послѣдней оказалось, что внутренняя половая части, кромѣ перегиба матки кзади, никакихъ отклоненій отъ нормы не представляютъ; въ частности не было никакихъ намековъ на удвоеніе полового канала. Рисунокъ представляетъ разрѣзъ черезъ стѣнку кисты. Послѣдняя выстлана многослойнымъ плоскимъ эпителиемъ и вполне похожа на стѣнку рукава, почему и можно думать, что здѣсь имѣло мѣсто рудиментарное влагалище (см. рис 90).

Діагнозъ ставится на основаніи микроскопическаго изслѣдованія. Терapia состоитъ въ самомъ тщательномъ удаленіи опухоли вмѣстѣ съ влагалищемъ и маткой.

Ракъ влагалища (первичный) также принадлежитъ къ рѣдкимъ опухолямъ. Онъ можетъ исходить изъ любой части рукава и обыкновенно попадаетъ въ руки врачей лишь тогда, когда уже успѣетъ захватить большую область влагалищной стѣнки. Повидимому, раковый процессъ чаще поражаетъ заднюю стѣнку, чѣмъ переднюю, — на что я указывалъ уже давно, — захватываетъ задній влагалищный сводъ и отсюда распространяется по сторонамъ и внизъ. Наиболѣе предрасположенный къ заболѣванію возрастъ — 40 лѣтъ. Изъ симптомовъ наиболѣе характерными для рака влагалища являются слѣдующіе: кровотеченія, особенно послѣ сношенія, въ проме-

жуткахъ между кровотеченіями — слизисто-гнойныя бѣли, а иногда и боли.

Если принять во вниманіе, что ракъ развивается предпочтительно на тѣхъ мѣстахъ, которыя часто подвергаются механическимъ insultамъ, или которыя поражены хроническимъ воспалительнымъ процессомъ, то невольно бросается въ глаза тотъ фактъ, что при выпаденіи ракъ и на *portio vaginalis*, и на влагалищной стѣнкѣ наблюдается очень рѣдко. Подобный рѣдкій случай изображенъ на рис. 93. Въ литературѣ имѣется очень немного аналогичныхъ наблюденій (Zizold, Schmidt и Moraller); недавно мнѣ встрѣтился еще одинъ такой случай.

Гистологически ракъ вагины бываетъ обыкновенно плоскоэпителиальнымъ. Къ ракамъ влагалища можно отнести и тѣ карциномы, которыя образуются на наружной сторонѣ *portionis vaginalis uteri* и очень рано распространяются на влагалищный сводъ.



Рис. 90. Стѣнка рукава въ случаѣ, къ которому относится и рис. 89. Рисунокъ приложенъ для сравненія стѣнки кисты со стѣнкой влагалища.

Равнымъ образомъ и изъ тѣхъ раковъ, которые захватываютъ верхнюю часть рукавной трубки, *portio vaginalis* и нижнюю часть шейки, извѣстная часть первично исходитъ изъ вагины. Такое происхожденіе рака слѣдуетъ допустить въ тѣхъ случаяхъ данной категоріи, гдѣ новообразованіе широко захватываетъ рукавъ, шейку же поражаетъ сравнительно мало. Впрочемъ иногда въ подобныхъ случаяхъ бываетъ совершенно невозможно рѣшить, рукавъ или шейка были исходными пунктами развитія новообразованія. Если при микроскопическомъ изслѣдованіи опухоль оказывается плоско-клеточковымъ ракомъ, то рукавное происхожденіе ея очень вѣроятно.

Нерѣдко раки рукава бываютъ вторичными. Въ такихъ случаяхъ источникомъ ихъ происхожденія является обычно ракъ *portionis vaginalis*, распространяющійся *per continuitatem* на верхнюю половину влагалищной трубки. Это — очень частый, почти типическій фазисъ роста данной формы рака шейки. Иногда при ракѣ *portionis vaginalis* или шеечнаго канала въ рукавѣ встрѣчаются изолирован-



ные раковые узлы, сидящие по преимуществу на задней стѣнкѣ и отдѣленные отъ маточнаго рака здоровой слизистой оболочкой влагалищнаго свода. Kaltenbach первый высказалъ предложеніе, что ракъ вагины въ этихъ случаяхъ является вторичнымъ, притомъ возникшимъ путемъ соприкосновенія (прививка, имплантациа). Kaufmann на основаніи анатомическихъ изслѣдованій считаетъ этотъ способъ возникновенія возможнымъ, если у больной была сдѣлана операція, при которой раковыя частицы могли быть перенесены на свѣжія поверхности, пораненныя ножомъ, ножницами и иглами; что касается, такъ сказать, самопроизвольной прививки, благодаря простому соприкосновенію, то этотъ авторъ считаетъ таковую до сихъ поръ недоказанною и невѣроятною<sup>1)</sup>. Очень часто дѣло здѣсь сводится просто къ метастазамъ чрезъ посредство лимфатическихъ путей.



Рис. 91. Carcinoma vaginae. Большая часть опухоли лежитъ на задней стѣнкѣ, но и боковыя стѣнки тоже поражены. Новообразование выдается изъ вульвы. Больная 58 лѣтъ. Экстирпациа. Выздоровленіе. (Наблюденіе клиники Schultze въ Іенѣ).

1) Съ этимъ рѣшительно не могу согласиться. Въ Казанской клиникѣ былъ одинъ чрезвычайно поучительный случай, гдѣ несомнѣнно еще до операціи имѣла мѣсто прививка рака, — правда, не рака матки на стѣнкѣ рукава, а обратно. Больная обратилась въ клинику съ первичнымъ ракомъ, развившимся на задней стѣнкѣ рукава. Такъ какъ случай былъ сравнительно, неособенно запущенъ, то я прибѣгнулъ къ радикальной операціи — экстирпировалъ верхнихъ  $\frac{2}{3}$  влагалищной трубки и матку. Послѣдняя на первый взглядъ представлялась непораженной ракомъ. Изслѣдуя, однако, эрозіи, находившіяся на обѣихъ губахъ p. vaginalis, я убѣдился, что эрозія передней губы представляетъ несомнѣнные признаки начинающагося раковаго пораженія; напротивъ, на задней губѣ самое тщательное микроскопическое изслѣдованіе не могло обнаружить никакихъ слѣдовъ рака, хотя ракъ вагины близко подходилъ къ этой губѣ. Очевидно, стало быть, что мы имѣли здѣсь переходъ рака на portio vaginalis не по лимфатическимъ путямъ, а именно чрезъ прикосновеніе: такъ какъ матка у больной находилась въ рѣзкой антеверзій, то передняя губа прикасалась къ новообразованію больше, чѣмъ задняя, и этимъ путемъ на ней произошла прививка рака. В. Г.

По мѣрѣ дальнѣйшаго роста новообразованія, вся влагалищная трубка можетъ постепенно превратиться въ большую раковидную опухоль. Если, къ несчастію, при этомъ наступила беременность, то роды могутъ вызвать глубокіе разрывы, которые, будучи инфицированы, ведутъ къ смерти. Если, далѣе, ракъ влагалища, какъ это часто бываетъ, подведетъ къ прободенію въ пузырь или rectum, то положеніе больныхъ становится крайне мучительнымъ.

Діагнозъ не представляетъ никакихъ затрудненій. Сомнѣніе относительно третичныхъ сифилитическихъ пораженій разрѣшается при помощи микроскопическаго изслѣдованія.

Радикальное леченіе можетъ состоять лишь въ возможно основательной экстирпации. При этомъ, если область пораженія ограничена, то можно прибѣгать къ изолированному изсѣченію. Рукавъ разсѣкаютъ по направленію къ нижней границѣ опухоли, затѣмъ дѣлаютъ, на достаточномъ разстояніи отъ послѣдней, круговой разрѣзъ и частію тупо, частію при помощи ножницъ вылуцаютъ опухоль изъ паравагинальной клѣтчатки. Рану, гдѣ можно, зашиваютъ, а то примѣняютъ открытое леченіе. Если поражена большая часть влагалища, то слѣдуетъ экстирпировать всю вагину и всю матку, хотя-бы послѣдняя и была совершенно здорова. Со своей стороны я обращаю особенное вниманіе на то, что основательность



Рис. 92. Саркома vaginae. Больная 58 л., 6 срочныхъ родовъ, 15 л. менопауза, 3 мѣсяца рѣзъ при мочеиспусканіи, боли внизу живота и бѣли. На плотной рукавной стѣнкѣ спереди и сзади плоскія, весьма болѣзненные раковыя изъязвленія. 11 мая 1910 г. полное изсѣченіе матки и рукава. Выздоровленіе. Впослѣдствіи смерть отъ піелонефрита.

экстирпации вагинальной карциномы должна заключаться не столько въ удаленіи возможно большаго участка здоровой влагалищной стѣнки по сосѣдству съ новообразованіемъ, сколько въ томъ, чтобы при экстирпации проникнуть возможно глубже. Поэтому здѣсь не слѣдуетъ останавливаться предъ такими мѣрами, какъ вскрытіе прямой кишки и пузыря и ихъ резекція.

Операцию экстирпации рукава лучше всего начинать поперечнымъ разрѣзомъ промежности (Ols hausen). Отсюда операторъ, отчасти разсѣкая ткани, отчасти тупо отдѣляя ихъ, проникаетъ вглубь, причѣмъ подходящіе къ рукаву съ боковъ сосуды предварительно перевязываются. Послѣ того какъ рукавъ этимъ путемъ будетъ отдѣленъ отъ прямой кишки, его отдѣляютъ тупо отъ пузыря и экстирпируютъ вмѣстѣ съ маткой. Техника операции и послѣоперационный уходъ — таковы же, какъ при операции рукавнаго изсѣченія матки (см. главу XIV). Парасакральный путь для экстирпации влагалища менѣе удобенъ.

Напротивъ, абдоминальный путь представляетъ ту выгоду, что этимъ путемъ можно гораздо шире удалить паравагинальную ткань, чѣмъ идя снизу. Первичный ракъ рукава принадлежитъ къ наиболѣе злокачественнымъ, ибо широкіе лимфатическіе сосуды около-

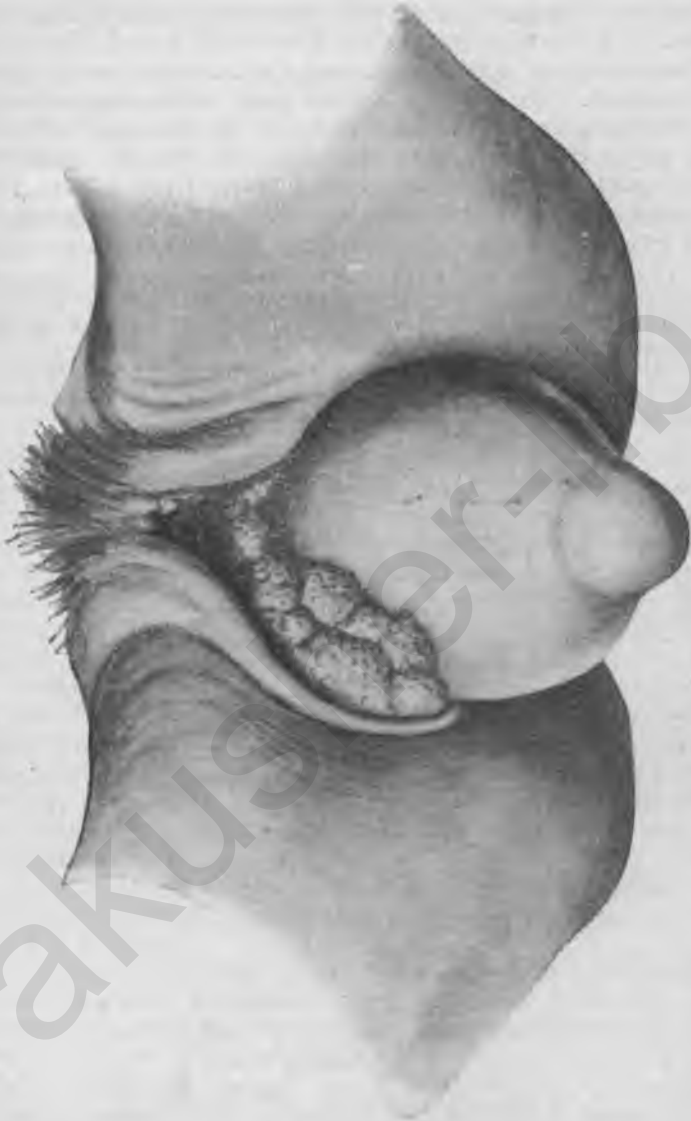


Рис. 93. Вторичный ракъ выпавшаго влагалища, образовавшійся изъ первичнаго пораженія передней части вульвы. Больная 63 лѣтъ. (Наблюденіе клиники Olschauseva въ Галле).

вагинальной кѣтки уже очень рано поражаются имъ. Поэтому рецидивы послѣ оперативнаго леченія этой болѣзни встрѣчаются очень часто, почти составляютъ правило. Это обстоятельство оправдываетъ возможно большій радикализмъ, а послѣдній возможенъ лишь при абдоминальной операціи. При этой операціи вмѣстѣ съ рука-

вомъ удаляется и матка съ придатками; вообще технически операція выполняется такъ же, какъ расширенная абдоминальная экстирпація матки (см. главу XIV). Небезвыгодно иногда начать операцію съ кругового разрѣза рукава, проводимаго значительно ниже мѣста локализациі рака (Veit).

Подобнымъ образомъ, т. е. *per abdomen*, раки рукава были оперированы Wertheim'омъ, Mackenrodt'омъ, Veit'омъ и мною<sup>1)</sup>. Получатся-ли при этомъ лучшіе отдаленные результаты, — покажетъ будущее. Во всякомъ случаѣ раки, локализирующіеся въ верхнихъ отдѣлахъ влагалища, лучше всего оперировать этимъ путемъ; если же ракъ сидитъ около *introitus*, то удобнѣе производить экстирпацію, какъ было описано выше, снизу. При ракахъ, занимающихъ средніе отрѣзки рукавной трубки, слѣдуетъ избирать тотъ или другой путь въ зависимости отъ особенностей даннаго случая.

Pinto, Polosson и Violet наблюдали и оперировали цилиндроклѣтчаточные раки передней рукавной стѣнки, исходившіе изъ железы Skene или остатковъ Gartner'овскаго хода (ср. данныя относительно опухолей *lig. lat.*, изложенныя въ главѣ XIX).

Иногда въ стѣнкѣ рукава была первично наблюдаема злокачественная хоріо-эпителиома, хотя чаще здѣсь были встрѣчаемы ея метастазы, первичный же очагъ располагался въ маткѣ.

---

1) У насъ въ Россіи еще раньше, именно въ 1903 г., ракъ рукава былъ оперированъ *per abdomen* и частію *per vaginam* Гиммельфарбомъ, который удалил у больной матку съ придатками, весь рукавъ и *rectum* до средины *flexurae sigmoideae*. В. Г.

## ОТДѢЛЪ ТРЕТІЙ.

### Болѣзни матки.

#### Глава VII.

Нормальныя и патологическія положенія и движенія матки. — *Elevatio*. — *Lateropositio*. — *Lateroversio*. — *Lateroflexio*. — *Antepositio*. — *Retropositio*. — *Torsio*. — Перекручиваніе по оси. — Патологическія *anteversio et anteflexio*.

Otto Küstner'a.

Если мы вообразимъ себѣ живую взрослую женщину въ стоячемъ положеніи, то, при пустомъ пузырьѣ и пустой прямой кишкѣ, тѣло матки у нея будетъ лежать почти горизонтально, цервикальный же каналъ будетъ отклоняться книзу отъ того горизонтальнаго направленія, въ которомъ проходитъ ось маточнаго тѣла. Это отклоненіе бываетъ значительнѣе выражено у дѣвиць, чѣмъ у женщинъ уже рожавшихъ. Но во всякомъ случаѣ здѣсь дѣло всегда сводится къ изгибу матки по кривой линіи, а не подъ угломъ.

На основаніи господствовавшаго раньше мнѣнія, что при нормальномъ положеніи матки ось ея почти совпадаетъ съ осью таза, описанному нами выше положенію матки давали названіе *anteversio*, а въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ искривленіе шейки было особенно сильно выражено, — *anteflexio*, и считали эти положенія патологическими.

Теперь уже не подлежитъ сомнѣнію, что *anteflexio-versio* является нормальнымъ положеніемъ матки.

У живой женщины матка, подобно всѣмъ другимъ органамъ брюшной полости, измѣняетъ свое положеніе. Границы этихъ нормальныхъ движеній нельзя считать незначительными, — они больше экскурсій печени и селезенки, хотя и меньше экскурсій кишечнаго тракта. Силы, приводящія матку въ движеніе, — слѣдующія: во-первыхъ, измѣненія въ наполненіи сосѣднихъ органовъ, т. е. пузыря и прямой кишки, во-вторыхъ, тяжесть самой матки, въ-третьихъ, сокращенія мускулатуры ея связочнаго аппарата<sup>1)</sup>. Эта послѣдняя

1) Помимо этихъ моментовъ, на положеніе матки должно оказывать значительное вліяніе и то или иное состояніе внутрибрюшнаго давленія. Наконецъ, нѣко орые авторы (Арх) приписываютъ большую роль въ данномъ отношеніи эластичности ткани самой матки. В. Г.

сила является антагонистомъ по отношенію къ двумъ первымъ моментамъ и уравниваетъ ихъ вліяніе.

Наполняющійся мочевой пузырь оттѣсняетъ матку *in toto* кзади и вверхъ, а наполняющаяся *ampulla* прямой кишки — кпереди и тоже кверху. Тяжесть матки въ стоячемъ положеніи женщины составляетъ маточное тѣло опускаться нѣсколько внизъ, при положеніи же на спинѣ — подыматься кверху. Мускулатура связочнаго аппарата возвращаетъ матку въ положеніе равновѣсія, изъ котораго вывели ее двѣ вышеупомянутыя силы, и мѣшаетъ тому, чтобы перемѣны мѣстоположенія матки сдѣлались постоянными.

Напротивъ того, патологическія положенія матки характеризуются своею стационарностью<sup>1)</sup>.

Мускулатура связочнаго аппарата оказывается при этомъ недостаточно сильною, чтобы привести матку въ нормальное положеніе.

Патологическія положенія матки составляютъ почти всегда вторичное явленіе. Чаще всего здѣсь дѣло сводится къ заболѣванію одного изъ сосѣднихъ органовъ, вслѣдствіе чего матка приводится въ неправильное положеніе, въ которомъ и остается<sup>2)</sup>. Такъ, *ele-*

1) Кромѣ того, для патологическихъ положеній матки является характерною и степень того или иного смѣщенія этого органа. В. Г.

2) Чтобы усвоить себѣ точное представленіе о различныхъ аномаліяхъ положенія матки, слѣдуетъ помнить, что матка съ механической точки зрѣнія представляетъ собою двуплечій рычагъ, однимъ плечомъ котораго является тѣло ея и надвлагалищная часть шейки, другимъ — влагалищная часть шейки, а точкою опоры — мѣсто прикрѣпленія влагалищныхъ сводовъ. Рычагъ этотъ можетъ различнымъ образомъ мѣнять свое положеніе. Прежде всего, онъ можетъ *in toto*, вмѣстѣ съ точкою своей опоры, смѣщаться вверхъ, внизъ и въ стороны. Смѣщеніе его вверхъ носить названіе *elevatio uteri*, смѣщеніе внизъ — *descensus uteri* (если матка, смѣщаясь, остается внутри отъ половой щели), *prolapsus uteri* (если матка частью или цѣликомъ выступаетъ изъ *rima pudendi*) и *inversio uteri* (если матка, смѣщаясь книзу, въ то же время выворачивается, какъ палецъ перчатки), смѣщенія въ стороны извѣстны подъ общимъ названіемъ *positiones: antepositio, retropositio, lateropositio dextra et lateropositio sinistra*. Далѣе, маточный рычагъ можетъ поворачиваться вокругъ точки своей опоры, причемъ длинное плечо его можетъ наклоняться кпереди, кзади, вправо и влево, а короткое — въ противоположныя стороны; такія смѣщенія матки извѣстны въ гинекологіи подъ общимъ названіемъ *versiones: anteversio, retroversio, lateroversio dextra et lateroversio sinistra*. Наконецъ, обѣ половины верхняго плеча рычага, тѣло матки и надвлагалищная часть шейки, могутъ измѣнять свое положеніе по отношенію одна къ другой, — матка перегибается въ области внутренняго зѣва подъ угломъ тупымъ или острымъ; такого рода перегибы носятъ названіе *flexiones: anteflexio, retroflexio, lateroflexio dextra et lateroflexio sinistra*. Кромѣ того, матка можетъ измѣнять свое положеніе, перекручиваясь около своей длинной оси (*torsio uteri*). Такимъ образомъ происходятъ шестнадцать видовъ неправильнаго положенія матки. Эти виды могутъ въ одномъ и томъ же случаѣ комбинироваться другъ съ другомъ; такъ, напр., *descensus uteri* можетъ сочетаться съ *retroflexio uteri*, *anteversio* — съ *anteflexio* и пр. Представляя себѣ матку въ видѣ двуплечаго рычага, можно въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ легко объяснить себѣ происхожденіе той или иной аномаліи положенія этого органа. Такъ, напр. наклоненіе матки кзади (*retroversio uteri*) можетъ возникать или подъ вліяніемъ силъ, приложенныхъ къ верхнему концу рычага и отклоняющихъ этотъ конецъ (т. е. тѣло матки и надвлагалищную часть шейки) кзади, или подъ вліяніемъ силъ, приложенныхъ къ нижнему концу рычага (влагалищной части матки) и отклоняющихъ этотъ конецъ кпереди. При этомъ точка приложенія силъ, дѣйствующихъ на тотъ и другой конецъ рычага, можетъ находиться или на передней поверхности матки, или на задней. Такимъ образомъ

vatio uteri мы встрѣчаемъ, когда матку оттѣсняютъ вверхъ опухоли и скопленія крови въ закрытомъ влагалищѣ, а также, когда ее тянутъ вверхъ опухоли, лежащія въ брюшной полости и сращенныя съ нею<sup>1)</sup>).

Antepositio uteri, т. е. стационарное перемѣщеніе всей матки впередъ, вызывается въ своей типичной формѣ опухолями, выполняющими собою тазъ позади матки. Такъ, яичниковыя и пароваріальныя опухоли, пока еще онѣ слишкомъ малы для того, чтобы выдаваться изъ малаго таза, но уже выполнили собою все пространство послѣдняго, міомы, особенно такія, которыя цѣликомъ или большею частью лежатъ интралигаментарно, міомы шейки, объемистыя воспалительныя опухоли придатковъ, haematocele retro-uterina, объемистыя опухоли прямой кишки — оттѣсняютъ матку in toto впередъ, причемъ часто прижимаютъ ее къ передней стѣнкѣ таза.

Послѣдствіемъ этой перемѣны положенія является смѣщеніе пузыря, который въ рѣзко выраженныхъ случаяхъ совершенно вытѣсняется изъ малаго таза, вслѣдствіе чего получается нарушение его функций, состоящее въ томъ, что пузырь оказывается не въ состояніи вполне опорожняться. Дальнѣйшимъ послѣдствіемъ является растяженіе органа, а иногда и воспаленіе его стѣнокъ. Ischuria paradoxa, т. е. постоянный позывъ къ мочеиспусканію съ выдѣленіемъ мочи лишь каплями, иногда даже при



Рис. 94. Нормальное положеніе женскихъ тазовыхъ органовъ при пустомъ пузырь и пустой прямой кишкѣ. Просвѣты уретры, пузыря, влагалища, матки и прямой кишки заштрихованы. Пунктирными линиями изображены: лѣвая подвздошная и лонная кости, лѣвый яичникъ и лѣвая Douglas'ова складка (Schultze, Lageveränderungen, стр. 10).

возникаютъ 4 возможныхъ способа происхожденія ретроверзи: 1) подъ вліяніемъ силы, дѣйствующей на верхній конецъ маточнаго рычага и приложенной къ передней его поверхности (такъ возникаетъ данная аномалія, напр. при опухоляхъ, лежащихъ въ маломъ тазу спереди отъ матки); 2) подъ вліяніемъ силы, дѣйствующей на верхній же конецъ рычага, но приложенной къ задней его поверхности (такъ возникаетъ retroversio uteri при сморщивающихся брюшинныхъ тяжахъ къ заднемъ Douglas'овомъ карманѣ); 3) подъ вліяніемъ силы, дѣйствующей на нижній конецъ рычага и приложенной къ передней его поверхности (такъ происходитъ наклоненіе матки къзади при влагалищныхъ рубцахъ въ переднемъ сводѣ); 4) подъ вліяніемъ силы, дѣйствующей на нижній же конецъ рычага, но приложенной къ задней его поверхности (такъ можетъ возникать retroversio uteri при влагалищныхъ опухоляхъ, расположенныхъ въ заднемъ сводѣ). В. Г.

1) Особенно рѣзкое elevatio uteri наблюдается при такъ называемыхъ интралигаментарныхъ опухоляхъ. В. Г.

переполненномъ пузырьѣ, выражена въ этихъ случаяхъ столь же рѣзко, какъ и при *retroversio-flexio uteri gravidi*; уже одни только эти нарушения функций пузыря могутъ служить показаніемъ къ оперативному устраненію причины, вызывающей ненормальное положеніе матки.

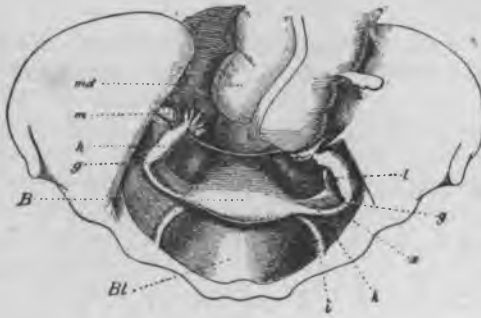


Рис. 95. Тазовые органы женщины, если смотрѣть на нихъ изъ брюшной полости. В — uterus, Bl — пузырь, md — толстая кишка, gg — трубы l, m — яичники (видны только отчасти), i — круглая связка, x — ligamentum ovarii, k — ligamentum latum (Schultze. Lehrbuch der Hebammenkunst, 1891, стр. 36).

*Retropositio uteri*, т. е. перемѣщеніе матки *in toto* казди, является по большей части послѣдствіемъ воспалительныхъ сморщивающихъ процессовъ позади матки, ведущихъ къ облитерации задняго Douglas'ова пространства. Въ частности, такой результатъ даютъ конечныя стадіи замочныхъ кровяныхъ опухолей (*haematocoele*), брюшинныхъ экссудатовъ и гнойныхъ воспаленій придатковъ, фикси-



Рис. 96.

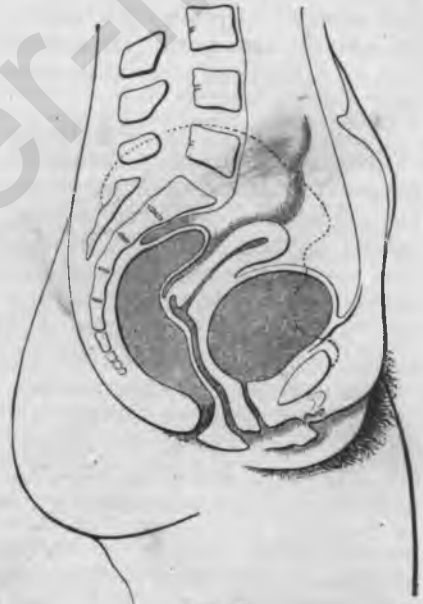


Рис. 97.

Рис. 96. Физиологическая ретропозиція матки, обусловленная наполненіемъ мочевого пузыря. При опорожненіи послѣдняго, верхняя половина *ab* опускается на нижнюю *ac*. Если-бы при этомъ верхній сегментъ *ac* легъ на нижній сегментъ *as*, то матка могла-бы и послѣ опорожненія пузыря остаться въ ретропонированномъ положеніи. При нормальныхъ условияхъ этого, однако, обыкновенно не бываетъ (Schultze, *Lageveränderungen*, стр. 14).

Рис. 97. Физиологическое приподнятіе матки, обусловленное наполненіемъ пузыря и прямой кишки (по Schultze).

рованныхъ позади матки. Дѣло въ томъ, что, вслѣдствіе разсасыванія или удаленія жидкаго экссудата, задняя стѣнка матки приближается къ задней стѣнкѣ таза и срастается съ нею. Такимъ образомъ *retropositio* является часто мѣстнымъ результатомъ излеченія воспалительныхъ или гѣморрагическихъ процессовъ, которые



въ острой своей формѣ называли *antepositio uteri*. При опухоляхъ въ передней стѣнкѣ матки или въ пузырьѣ *retropositio uteri* бываетъ обычно выражено менѣе рѣзко.

*Dextro-et sinistropositiones uteri* происходятъ оттого, что рубцы или толстыя тяжи, оставшіеся послѣ воспаления<sup>1)</sup>, тянутъ матку въ правую или лѣвую сторону; съ другой стороны, онѣ могутъ быть вызваны и тѣмъ, что матку оттясываютъ въ противоположную сторону опухоли или объемистые экссудаты<sup>2)</sup>.

*Dextro-et sinistroversiones uteri* (наклоненія матки вбокъ) являются послѣдствіемъ односторонняго воспаления придатковъ и окружающей ихъ брюшины, съ послѣдующимъ сморщиваніемъ, вслѣдствіе котораго дно матки притягивается къ одной изъ сторонъ и остается въ такомъ положеніи<sup>3)</sup>.



Рис. 98.



Рис. 99.

Рис. 98. Къ иллюстраціи вліянія положенія тѣла на положеніе матки. Чтобы нагляднѣе выразить разницу въ положеніи, матка изображена въ увеличенномъ видѣ, тѣмъ болѣе, что и на самомъ дѣлѣ указанное на рисункѣ вліяніе положенія тѣла на положеніе матки было подтверждено мною у родильницъ. Пунктиромъ изображено положеніе матки у стоящей женщины, а непрерывной черной линіей — у лежащей на спинѣ. У первой тѣло матки наклонено больше вперед, и нормальная антеверзія-флексія значительно рѣзче выражена, у второй — дѣло обстоитъ совершенно противоположнымъ образомъ.

Рис. 99. Значительное приподнятіе матки, обусловленное большою міомою, исходившею изъ задней стѣнки маточнаго тѣла. Кромѣ того, міома была на большомъ протяженіи циркулярно срощена съ растянутымъ влагалищемъ (пунктиромъ), такъ что половой каналъ раздѣленъ на два обособленныхъ отдѣла: нижній, исключительно влагалищный, былъ доступенъ со стороны вульвы, а верхній, маточно-влагалищный, совершенно недоступенъ. Въ этомъ послѣднемъ отдѣлѣ во время операціи было обнаружено большое скопленіе менструальной крови. Больная 51 года, родила 5 разъ, послѣдніе роды 17 лѣтъ тому назадъ. Въ срединѣ 40-хъ годовъ у нея были сильныя меноррагіи, сопровождавшіяся болями въ крестцѣ. Съ іюня 1894 года менопауза; съ того же времени, а можетъ быть и раньше, наступили затрудненія при мочеиспусканіи. Операція 27/IV 1895 года — полная экстирпація матки, міомы и верхней части влагалища *per laparotomiam*. Выздоровленіе.

1) Обыкновенно — послѣ воспаления клѣтчатки, заложенной въ нижнихъ отдѣлахъ широкихъ связокъ. В. Г.

2) Опять-таки расположенные въ нижнихъ отдѣлахъ широкихъ связокъ. В. Г.

3) Эти аномаліи могутъ также иногда наблюдаться и при опухоляхъ, лежащихъ сбоку отъ матки, въ верхнихъ отдѣлахъ широкихъ связокъ. В. Г.

*Dextro- et sinistroflexiones* (перегибы матки вправо и влево) встречаются чрезвычайно редко. Матка не обладает способностью сгибаться в стороны. Если corpus uteri находится лежащим сбоку шейки, то дѣло сводится или къ антефлексіи, или къ ретрофлексіи матки, которая въ то же время скручена in toto почти на 90°.

*Torsionis uteri* въ большинствѣ случаевъ обуславливаются рубцовымъ сморщиваніемъ заднихъ частей *lig. latii* или аналогично расположенными периметри-

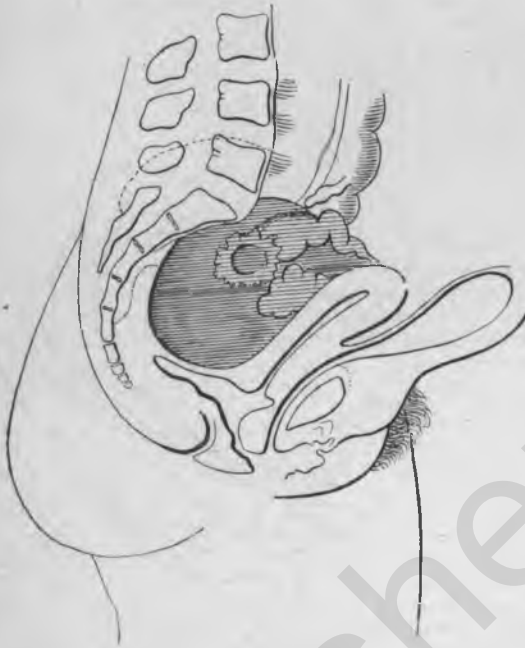


Рис. 100.



Рис. 101.

Рис. 100. Значительное смѣщеніе матки впереди (*anteversio uteri*) замочной кровяной опухолью (*haematocoele retrouterina*). Больная 30 лѣтъ, родила 1 разъ нормально, 4 года тому назадъ. Въ срединѣ февраля 1894 г. послѣдняя менструація, вслѣдъ за которою начались сильныя боли, уложившія больную въ постель. Такіе же припадки повторились еще 3 раза, причемъ пациентка начала испытывать затрудненія при мочеиспусканіи. Нѣсколько недель тому назадъ у нея изъ половыхъ частей началось умеренное выдѣленіе крови. Произведенное 3/IV 1894 г. чревоствѣненіе обнаружило лѣвосторонній трубный абортъ и кистовидное перерожденіе лѣваго яичника. И труба, и яичникъ удалены. Правая труба, оказавшаяся въ абдоминальномъ концѣ зарощенною, и правый яичникъ оставлены на мѣстѣ. Выздоровленіе.

Рис. 101. Смѣщеніе матки кзади (*retroversio uteri*), вызванное большою опухолью пузыря съ послѣдующимъ воспалительнымъ опуханіемъ его стѣнокъ. Больная — дѣвица 48 лѣтъ, переставшая уже менструировать. Поступила съ жалобами на незначительныя сукровичныя выдѣленія изъ половыхъ органовъ, продолжающіяся уже годъ, и недержание мочи, развившееся нѣсколько мѣсяцевъ тому назадъ. 9/X 1892 г. изслѣдованіе пузыря, опредѣленіе его состоянія, *colpocystostomia*, удаленіе найденной опухоли и выжиганіе ея основанія. Выздоровленіе. Опухоль оказалась папилломой.

тическими тяжами. Такъ, напр., вслѣдствіе сморщиванія лѣвой *Douglas*'овой складки образуется *dextrotorsio*, т. е. дно матки поворачивается направо. При этомъ матка бываетъ перекручена *in toto*.

Болѣе значительныя перекручиванія матки, — на 180° и больше, — наблюдаются сравнительно редко. При этомъ шейка матки, какъ относительно болѣе фиксированная часть этого органа, въ состояніи бываетъ лишь до извѣстной степени слѣдовать за столь значительнымъ перекручиваніемъ тѣла и поворачивается спирально, такъ что у матки въ буквальномъ смыслѣ бываетъ «свернута шея».

Подобныя перекручиванія матки я называю, въ отличіе отъ тѣхъ, при которыхъ имѣетъ мѣсто повертываніе органа *in toto*, «осевыми перекручиваніями» (*Achsendrehungen*). Это названіе было принято *Schultze* и др. авторами. Я считалъ-бы болѣе удоб-



Рис. 102.



Рис. 103.

Рис. 102. *Dextrotorsio uteri* (правильнѣе — ротация матки вправо) въ зависимости отъ рубцового укороченія заднихъ частей лѣвой широкой связки; видъ сверху. (*Schultze, Lageveränderungen*).

Рис. 103. Положеніе маточнаго звѣна при *dextrotorsio uteri* (рис. 102); видъ черезъ круглое зеркало. (*Schultze, Lageveränderungen*).

нымъ для тѣхъ состояній, которыя извѣстны подъ названіемъ «торзій», избрать терминъ «*rotatio*», терминъ же «*torsio*» сохранить для «осевыхъ перекручиваній» матки.

Въ новѣйшей литературѣ набирается все больше и больше такихъ случаевъ, и тщательное наблюденіе при внутрибрюшныхъ операціяхъ могло-бы въ скоромъ времени создать весьма значительную казуистику. Изъ 2.000 первыхъ моихъ случаевъ брюшного чревосѣченія я встрѣтилъ осевое перекручиваніе матки приблизительно въ 12, тогда какъ въ дальнѣйшей моей оперативной дѣятельности указанные случаи встрѣчались не такъ часто.

Осевыя перекручиванія вызываются исключительно опухолями матки и яичниковъ. По статистикѣ *Schultze*, изъ 32 случаевъ, гдѣ было встрѣчено

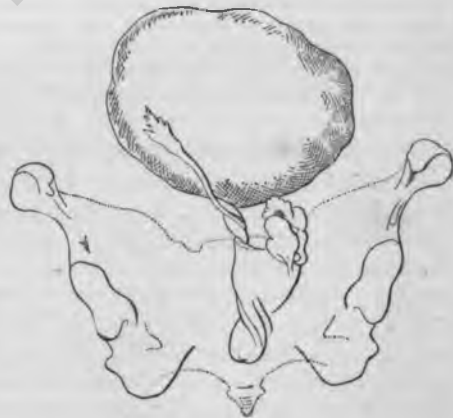


Рис. 104. Осевое перекручиваніе матки на 180°, обусловленное опухолью яичника. Изображеніе полу-схематическое. Перекручиваніе было распознано при операціи. Произошло оно точно такимъ же путемъ, какъ и перекручиваніе ножки яичниковой опухоли. При обратномъ раскручиваніи правый яичникъ, повернувшись по задней сторонѣ, вернулся на свое нормальное мѣсто. Больная 35 лѣтъ, рожала 4 раза, послѣдній разъ 10 лѣтъ тому назадъ. Опухоль живота замѣчена ею годъ тому назадъ. Овариотомія 28/IV 1908 г. Выздоровленіе.

такое перекручиваніе, въ 15 имѣли мѣсто миомы матки и въ 17 — яичниковыя опухоли. Изъ 17 случаевъ второй категоріи въ 9 случаяхъ имѣлось, кромѣ того, перекручиваніе ножки опухоли, между тѣмъ какъ въ случаяхъ второй категоріи таковое не наблюдалось ни разу.

Силы, вызывающія осевое перекручиваніе матки, — тѣ же самыя, которыя вызываютъ и перекручиваніе ножки яичниковыхъ опухолей. Когда перекрученная ножка опухоли перестаетъ уже поддаваться дальнѣйшему перекручиванію, а между

тѣмъ вращающія силы продолжаютъ дѣйствовать въ прежнемъ направленіи, то спиральная линия переходитъ съ ножки на шеечную часть матки. Если ножка очень коротка и неподатлива, какъ это бываетъ при яичниковыхъ опухоляхъ — иногда, а при субсерозныхъ міомахъ — всегда, то перекручивается лишь одна матка. Моменты, обуславливающіе перекручиваніе, весьма случайны. Здѣсь могутъ играть роль: неравномерное распредѣленіе тяжести въ опухоли, свособразная форма и направленіе роста ея. Такъ, напр., въ одномъ случаѣ Schultze объемистая субсерозная фиброміома у больной съ тугими брюшными стѣнками лишь благодаря препятствіямъ для своего роста обернулась такимъ образомъ, что спирально перекрутила матку на 180°. Немалую роль въ данномъ отношеніи играютъ, можетъ быть, также движенія кишечника, на что я давно уже указывалъ.

Изъ вышесказаннаго можно видѣть, что перекручиванія матки на 90° должны встрѣчаться очень часто; они не сопровождаются, однако, почти никакими припадками. Иное слѣдуетъ сказать о болѣе значительныхъ перекручиваніяхъ (на 180°): при нихъ относительно нерѣдко наблюдаются боли въ пузырь, частые позывы на мочеиспусканіе, а въ одномъ случаѣ я наблюдалъ пузырную гематурию. Иногда перекручиваніе ножки маточныхъ опухолей ведетъ за собой значительныя разстройства питанія послѣднихъ, вызываетъ кровоизліянія въ опухоли и маточныхъ придаткахъ и сильный отекъ, особенно при многократныхъ перекручиваніяхъ, когда *ligg. rotunda* и *lata* обвиваются спирально около матки и сжимаютъ ее (*Micholitsch*). Въ нѣкоторыхъ случаяхъ дѣло доходитъ до образованія въ отшнурованномъ тѣлѣ матки ретенціонной гематометры.

Диагнозъ перекручиванія матки до сихъ поръ былъ только въ одномъ случаѣ (*Switalsky*) поставленъ правильно до лапаротоміи или вскрытія. Нѣкоторыя діагностическія указанія можно получить изъ анамнеза и симптомовъ со стороны пузыря, а при яичниковыхъ опухоляхъ — изъ тѣхъ припадковъ которые свойственны перекручиванію ножки (см. главу XVIII). При объективномъ изслѣдованіи, иногда можно было-бы прощупать *per rectum* спираль на высотѣ маточной шейки и опредѣлить, при перекручиваніи на 180°, что яичники лежатъ впереди отъ трубъ, т. е. что *ligamenta ovariorum propria* отходятъ не отъ задней стѣнки матки.

Среди извѣстныхъ до сихъ поръ случаевъ значительнаго перекручиванія матки въ двухъ послѣдовала смерть безъ операціи, а въ одномъ — послѣ операціи. Въ остальныхъ случаяхъ терапія, состоявшая въ экстирпации опухоли, имѣла хорошей успѣхъ. Вообще, если-бы при случаѣ удалось правильно распознать перекручиваніе, то это имѣло-бы несомнѣнное значеніе и для оперативной терапіи.

У коровъ, овецъ и козъ, рѣже у лошадей, наблюдаются иногда осевыя перекручиванія беременнаго маточнаго рога. Въ отдѣльныхъ случаяхъ при этомъ перекручивается и влагалище, что значительно облегчаетъ діагнозъ. Подобныя перекручиванія ведутъ къ невозможности для животнаго разрѣшиться отъ бремени, въ концѣ же концовъ или наступаетъ смерть отъ послѣдовательнаго перитонита, или дѣло кончается продолжительной задержкой плода и превращеніемъ его въ *lithopaedion*.

Весьма характернымъ образомъ вліяютъ на положеніе матки воспалительные процессы, локализирующіеся въ заднихъ частяхъ широкихъ связокъ подъ *Douglas*овыми складками (*parametritis posterior*). Эти процессы не ведутъ къ образованію объемистыхъ опухолей, а вызываютъ лишь рубцовое укорачиваніе маточно-крестцовыхъ связокъ, которыя, вслѣдствіе этого, тянутъ цервикальную часть матки въ одноименную сторону и назадъ. Такъ какъ тѣло матки остается при этомъ на своемъ нормальномъ мѣстѣ, то въ результатѣ получается значительное увеличеніе искривленія органа. При одностороннемъ пораженіи связокъ дѣло сводится, такимъ образомъ, къ *lateropositio cervicis uteri*, къ болѣе рѣзкой антефлекси и повороту (ротации) тѣла матки въ другую сторону. Впрочемъ, иногда въ подобныхъ случаяхъ положеніе матки остается нормальнымъ; за то *parametritis posterior* всегда ведетъ къ ограниченію нормальной подвижности матки.

Я доказалъ, что точно такое же вліяніе на положеніе и подвижность матки оказываютъ и воспаления брюшины, извѣстныя въ гинекологіи подѣ названіемъ

периметрита, періофорита и перисальпингита. Воспаленія эти, разъ они не ведутъ къ образованію объемистыхъ экссудатовъ, при ощупываніи даютъ картину, чрезвычайно похожую на картину задняго параметрита, и потому легко могутъ быть смѣшаны съ послѣднимъ.

Выше уже было сказано, что тѣ положенія матки, которыя извѣстны подъ названіемъ антеверзій и антефлексій и которыя раньше считались патологическими, на самомъ дѣлѣ являются вполнѣ нормальными, какъ то было доказано трудами *Schultze*. Однако этотъ изслѣдователь допускаетъ и существованіе патологическихъ антеверзій и антефлексій. Сюда относятся главнымъ образомъ тѣ измѣненія въ положеніи и подвижности матки, которыя являются послѣдствіемъ воспалительныхъ процессовъ въ *Douglas*'овыхъ складкахъ и надъ ними.

Далѣе *Schultze* удерживаетъ названіе патологической антефлексіи для тѣхъ случаевъ, когда матка фиксирована въ антефлексіи, и когда уголъ перегиба не можетъ быть выпрямленъ тѣми силами, которыя физиологически выпрямляютъ матку, какъ, напр., наполненіемъ пузыря. Это состояніе обусловливается метритическими процессами.

Тѣ же самыя процессы могутъ фиксировать матку и въ выпрямленномъ положеніи, такъ что она перестаетъ поддаваться дѣйствію тѣхъ силъ, которыя въ нормальныхъ условіяхъ изгибаютъ ее впередъ, — я разумѣю внутрибрюшное давленіе. Если матка фиксирована, благодаря перитонитическимъ или параметритическимъ процессамъ, то картина патологической антеверзій въ смыслѣ *Schultze* становится еще отчетливѣе. Здѣсь весьма важными являются два момента, на которые *Schultze* обращаетъ особенное вниманіе уже нѣсколько десятковъ лѣтъ тому назадъ: во-первыхъ, положеніе и мѣсто находженія матки при патологическихъ антеверзійхъ и антефлексійхъ сами по себѣ не являются патологическими, — патологической бываетъ при нихъ неподвижность матки, ея фиксація; во-вторыхъ, ограниченія подвижности и гибкости матки обусловливаются почти исключительно воспалительными процессами<sup>1)</sup>. Отсюда мы дѣлаемъ тотъ

1) Наблюденія надъ антефлексіей матки приводятъ къ иному взгляду. Несомнѣнно, патологическая антефлексія (а таковою слѣдуетъ считать антефлексію, при которой 1) уголъ перегиба не можетъ быть выпрямленъ при бимануальномъ изслѣдованіи, 2) перегибъ выраженъ очень рѣзко и — 3) у большихъ наблюдаются рѣзко выраженные припадки механической дисменорреи) весьма часто является состояніемъ врожденнымъ, будучи однимъ изъ проявленій инфантилизма. Если такая антефлексія въ практикѣ зачастую встрѣчается у женщинъ, страдающихъ гонорройнымъ воспаленіемъ полового аппарата, то это объясняется вовсе не тѣмъ, что воспалительный процессъ вызвалъ антефлексію, а тѣмъ, что онъ сдѣлалъ ее стационарной. Дѣло въ томъ, что врожденная патологическая антефлексія, характеризующаяся вышеупомянутыми признаками, подъ влияніемъ беременности и родовъ (она не всегда ведетъ къ безплодію) можетъ переходить и дѣйствительно переходить въ нормальную антефлексію, при которой 1) перегибъ можетъ быть легко выпрямленъ, 2) уголъ перегиба менѣе остръ и 3) припадковъ механической дисменорреи нѣтъ. Гонорройное же зараженіе обычно ведетъ къ безплодію и этимъ путемъ мѣшаетъ патологической антефлексіи превратиться въ нормальную. Впрочемъ, нельзя отрицать того, что гонорройный процессъ, вызывая, съ одной стороны, измѣненія въ тканяхъ матки, а съ другой — ведя къ заднему параме-

важный въ практическомъ отношеніи выводъ, что патологическія антеверзіи и антефлексіи сами по себѣ не нуждаются въ исправленіи, и попытки устранять ихъ при помощи механотерапевтическихъ средствъ лишены всякаго логическаго основанія. «Антефлексіонныя пессаріи» въ настоящее время перешли уже въ область преданія. Терапія при патологическихъ антефлексіяхъ и антеверзіяхъ должна быть направлена исключительно противъ воспалительныхъ процессовъ, обусловливающихъ собою неподатливость и неподвижность матки (см. главы о метритѣ, периметритѣ, параметритѣ и сальпингооофоритѣ).

---

триту и сморщиванію маточно-крестцовыхъ связокъ, можетъ усиливать уже существующую прирожденную антефлексію.

Исходя изъ взгляда на патологическую антефлексію, какъ на первичное, прирожденное состояніе матки, я не могу согласиться и съ заявленіемъ автора относительно леченія патологической антефлексіи. Механотерапевтическое леченіе, — я предпочитаю редрессацію перегнутой матки бужами Негара, — при данной аномаліи является вполне показаннымъ и даетъ прекрасные, какъ анатомическіе, такъ и функциональные результаты. Но, разумѣется, если антефлексія поддерживается и усиливается благодаря воспалительному сморщиванію маточно-крестцовыхъ связокъ, — одной редрессаціей матки ограничиваться не слѣдуетъ, а надо присоединить къ ней мѣропріятія, имѣющія цѣлью растяженіе укороченныхъ связокъ (массажъ). В. Г.

## Глава VIII.

### Retroversio-flexio et descensus uteri.

Otto Küstner'a.

Подъ *retroversio-flexio uteri* известно такое положеніе матки, при которомъ маточное тѣло далеко перешло за предѣлы своихъ нормальныхъ экскурсій и заняло мѣсто въ задней половинѣ таза, а влагалищная часть, соотвѣтственно этому, — въ передней. Такъ какъ при этомъ влагалищная часть находится ближе къ вульвѣ, чѣмъ нормально, то вышеозначенную аномалію положенія можно также вполнѣ справедливо назвать глубокимъ стояніемъ матки (*descensus uteri*).

Между ретроверзіей и ретрофлексіей нѣтъ существенной разницы.

Ретрофлексія можетъ образоваться лишь въ то время, пока матка еще способна сгибаться. Способность же матки сгибаться зависитъ въ высокой степени отъ развитія ея мускулатуры въ верхней части цервикальнаго канала. Дѣвственная матка почти всегда гибка; напротивъ, матка у женщинъ многорожавшихъ обладаетъ незначительной гибкостью или же даже лишена ея совершенно. Кромѣ того, матка можетъ сдѣлаться неподатливой вслѣдствіе воспалительныхъ или гиперпластическихъ измѣненій.

Впрочемъ и нормально гибкая матка сначала находится обычно въ ретроверзіи, и лишь потомъ, послѣ того, какъ дѣйствіе брюшнаго пресса на переднюю стѣнку органа продолжалось довольно долго, ретроверзія переходитъ въ ретрофлексію.

Въ большинствѣ случаевъ ретроверзіи-флексіи измѣненія положенія не ограничиваются маткой, но распространяются и на сосѣдніе съ послѣдней органы, особенно на влагалище, яичники и широкія связки. Вслѣдствіе глубокаго стоянія влагалищной части, самая верхняя часть влагалища въ болѣе или менѣе высокой степени инвагинируется или инвертируется. Яичники, благодаря своимъ короткимъ и малоподагивымъ связкамъ, смѣщаются внизъ и къзади. Широкія связки перекручиваются совершенно такъ же, какъ это бываетъ съ брыжейкой при поворотѣ кишекъ около оси. Вслѣдствіе этого проходящіе въ связкахъ сосуды, а особенно вены, какъ болѣе тонкостѣнные, сдавливаются, и въ маткѣ развивается застой крови, вполнѣ аналогичный съ застоємъ въ кишкахъ при осевомъ перекручиваніи брыжейки. Мочевой пузырь, тѣсно и плотно соединенный съ маточной шейкой, подвергается укороченію сзади напередъ; кромѣ того, та часть его, которая соединена съ передней стѣнкой влагалища, вмѣстѣ съ этимъ послѣднимъ спускается внизъ и иногда выпадаетъ изъ половой щели (*cystocele*).

Пока ретроверзія имѣетъ относительно недавнее происхожденіе, уклоненіе матки отъ нормальнаго положенія составляетъ главное въ патологической картинѣ. Если же ретроверзія-флексія существуетъ болѣе продолжительное время, то на первый планъ выступаютъ вторичныя измѣненія въ маткѣ. Вслѣдствіе упомянутаго выше застоя вся маточная ткань дѣлается отечной, въ толщѣ стѣнокъ органа образуются инфилтраты, соединительная ткань гипертрофируется, — словомъ, получается полная картина хроническаго метрита.

Эндометрій также принимает участие въ этой гипертрофiи. Отсюда долго существовавшая ретрофлексія матки всегда сопровождается гиперплазiей слизистой оболочки органа и гиперсекрецiей ея.

Весьма частымъ явленiемъ при ретрофлексiи бываетъ, далѣе, одностороннiи или двустороннiи оофоритъ.

Далѣе, при ретрофлексiи наступають весьма важныя измѣненiя въ брюшинѣ. Вслѣдствiе продолжительнаго соприкосновенiя нормально свободныхъ по-

верхностей матки, а также смѣщенныхъ яичниковъ, съ передней стѣнкой прямой кишки и брюшиннымъ покровомъ всей задней тазовой стѣнки (соприкосновение это при ретрофлексiи никогда не прерывается, такъ какъ наполненiе и опорожненiе пузыря и прямой кишки передвигаютъ ретрофлектированную матку несравненно меньше, чѣмъ нормальную) происходятъ постепенныя сращения указанныхъ органовъ.

Возникшия такимъ образомъ сращения представляютъ собою лишь тонкiя нити и нѣжныя перепонки.

Обширныя и очень крѣпкiя плоскостныя сращения матки съ задней стѣнкой таза бываютъ всегда не механическаго, а инфекцiоннаго происхожденiя, независимаго отъ перегивовъ и наклоненiй матки кзади. Сращения эти составляютъ частичное проявленiе пuerперальнаго, септического метрита или гонорреи матки и трубъ. Болѣзнь осложняется, далѣе, приращенiемъ яичниковъ, зарощенiемъ бахромчатыхъ концовъ трубъ и воспалительнымъ припуханiемъ наполненныхъ гноевиднымъ секретомъ яйцепроводовъ. Наконецъ, въ по-

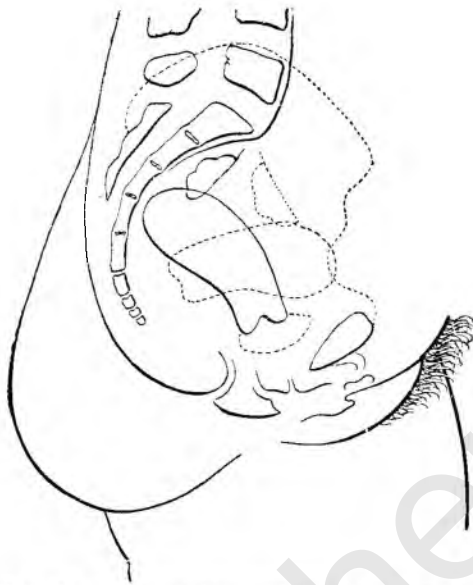


Рис. 105. *Retroversio-flexio uteri*. Нормальное положенiе матки и одного яичника изображено пунктиромъ. Изъ рисунка видно, насколько значительно измѣняется при *retroversio-flexio* свое положенiе не только тѣло, но и *portio vaginalis uteri*. Видно также, какъ велика должна быть послѣдовательная перемѣна положенiя влагалища и пузыря.

добныхъ случаяхъ часто наблюдаются сращения съ внутренними половыми органами сальника и верхнихъ отдѣловъ кишокъ.

Если подобнаго рода плоскостныя сращения просуществуютъ долгое время, то рубцовая ткань ихъ становится въ концѣ концовъ крѣпче и неподатливѣе тканей самихъ сращенныхъ органовъ.

Что касается этиологiи ретроверзио-флексiи, то безспорно, что аномалiя эта зачастую развивается въ послѣдородовомъ періодѣ. Ошибочно, однако, думать, будто наиболѣе частой причиной смѣщенiя матки кзади является раннее вставанiе родильницы съ постели. Еще очень тяжелая, недостаточно инволютированная пuerперальная матка, будучи къ тому же слишкомъ слабо укрѣпленной растянутыми вслѣдствiе беременности связками, легко можетъ, согласно этому мнѣнiю, подъ влiянiемъ дѣятельности брюшного пресса запрокинуться кзади и такимъ образомъ измѣнить свое нормальное положенiе на ретроверзио-флексiю.

Этотъ механизмъ образованiя данной аномалiи, однако, совершенно непонятенъ. Путемъ опытовъ и измѣненiй, произведенныхъ надъ здоровыми родильницами, я доказалъ, что нормально располо-



женная и нормально укрепленная матка не может перегнуться назад ни вследствие яко-бы преждевременного оставления родильницей постели, ни вследствие форсированного дѣйствія брюшного пресса, — будутъ-ли при этомъ мочевой пузырь и прямая кишка совершенно пусты, или переполнены.

При вертикальномъ положеніи тѣла матка лежитъ обыкновенно въ гораздо болѣе рѣзкой антефлексіи, чѣмъ при лежачемъ положеніи, причемъ въ пуэрперальной маткѣ эта разница бываетъ выражена гораздо значительнѣе, чѣмъ въ непуэрперальной. Стало быть, при вертикальномъ положеніи тѣла послѣродовая матка является гораздо лучше защищенною противъ возможности перегиба кзади, чѣмъ при спинномъ положеніи. Если родильницу, находящуюся въ стоячемъ положеніи, заставить сильно напрягать брюшной прессъ, при опорожненныхъ-ли пузырь и прямой кишкѣ, или послѣ того, какъ пузырь наполненъ 1000 куб. сант. воды, или послѣ того, какъ въ прямую кишку введенъ резиновый баллонъ, содержащій 400—600 кубическихъ сантиметровъ воды, или же, наконецъ, послѣ того, какъ одновременно наполнены пузырь и прямая кишка, — то никогда нормальная матка не обнаружитъ наклонности запрокинуться или перегнуться кзади.

Всѣ подобнаго рода опыты, предпринятыя съ самыми разнообразными модификаціями, постоянно давали мнѣ отрицательный результатъ; поэтому ихъ доказательность можетъ стоять внѣ сомнѣній. Отсюда мы имѣемъ полное право утверждать, что ретрофлексія, при неповрежденномъ связочномъ аппаратѣ, происходитъ вследствие преждевременнаго оставленія родильницей постели или вследствие неправильнаго дѣйствія брюшного пресса лишь въ исключительныхъ случаяхъ.

Клиническія наблюденія вполне подтверждаютъ этотъ фактъ. У женщинъ, принадлежащихъ къ рабочему классу, которыя всегда оставляютъ постель очень скоро послѣ родовъ, мы встрѣчаемъ ретрофлексію отнюдь не чаще, чѣмъ у женщинъ зажиточныхъ классовъ.

Впрочемъ, большинство перегибовъ матки кзади слѣдуетъ поставить въ этиологическую связь съ тѣми измѣненіями, которыя вызываются беременностью, родами и послѣродовымъ періодомъ. Но если мы хотимъ вѣрно оцѣнить этотъ фактъ, то не должны свои наблюденія ограничивать лишь областью тазовыхъ органовъ, а должны бросить свой взглядъ нѣсколько дальше, принявъ во вниманіе и состояніе другихъ органовъ, по крайней мѣрѣ брюшныхъ.

Беременность, съ ея значительнымъ ростомъ матки, ведетъ за собою не только растяженіе брюшныхъ стѣнокъ, но и обуславливаетъ смѣщеніе всѣхъ брюшныхъ органовъ. При ней съ очевидностью наблюдается смѣщеніе печени, менѣе рѣзко — аналогичное же смѣщеніе селезенки и даже лежащихъ внѣ брюшной полости почекъ. Съ родами главный моментъ, обуславливающій смѣщеніе, — именно, увеличеніе матки, — вдругъ сходитъ со сцены, и къ этой внезапной переизмѣнѣ должны сразу же приспособиться, въ отношеніи своего положенія, всѣ брюшные органы. У женщинъ съ нормальными, крѣпкими тканями это и происходитъ совершеннымъ или почти совершеннымъ образомъ. Впрочемъ даже и у нихъ животъ никогда не возвращается вполне къ тому состоянію, въ какомъ онъ былъ до беременности. Какъ его внѣшнія формы, такъ и status внутреннихъ органовъ навсегда утрачиваютъ свое прежнее, дѣвическое состояніе.

Въ гораздо большей степени наблюдается эта утрата у женщинъ слабыхъ, съ дряблыми мышцами и вообще тканями. Вялая, отвислая брюшная стѣнка, уплощенный, низкій куполь диафрагмы, расслабленіе *lig. suspensorii hepatis* съ опущеніемъ этого органа —

«блуждающая печень», аналогичное смѣщеніе почекъ, особенно правой, опущеніе желудка и селезенки — все это даетъ у подобныхъ особъ картину, которую мы обозначаемъ однимъ словомъ «энтероптозъ». Такія же отношенія имѣютъ мѣсто и въ тазу. И все это бываетъ выражено тѣмъ рѣзче, чѣмъ чаще дѣйствовали вредные моменты. — чѣмъ чаще беременность слѣдовала за беременностью, и чѣмъ дольше разстройства питанія въ послѣродовомъ состояніи или въ періодѣ кормленія грудью, особенно продолжительнаго, ослабляли и безъ того слабый организмъ. Тогда опускаются не только печень, желудокъ, селезенка и почки, — подаются и органы, укрѣпляющіе матку, тазовая фасція опускается книзу, особенно если расширенный — временно или постоянно — рукавъ и расслабленное тазовое дно со своей стороны не оказываютъ этому сопротивленія. Правда, такое опущеніе матки не есть еще перегибъ или наклоненіе ея кзади. Но при немъ къ мускулатурѣ маточныхъ связокъ предъявляются болѣе значительныя требованія, чѣмъ нормально. Разъ приспособленія, имѣющія своимъ назначеніемъ укрѣпленіе матки, пострадали, то ихъ функцію должны взять на себя органы, завѣдующіе ея движеніями. Однако послѣдніе тѣмъ менѣе въ состояніи выполнить эту роль, что и сами являются пострадавшими отъ общаго упадка питанія. Въ итогѣ возникаетъ та аномалія, которая извѣстна подъ названіемъ „uterus mobilis“: матка даже при пустомъ пузырьѣ занимаетъ такое положеніе, какое она при нормальныхъ условіяхъ принимаетъ лишь при наполненномъ пузырьѣ. — дно ея бываетъ приподнято, между пузырьемъ и переднею маточною стѣнкой находятяся петли тонкихъ кишокъ.

Изъ этого положенія брюшной прессъ легко можетъ смѣститъ тѣло матки кзади; одновременно онъ оттѣсняетъ влагалитичную часть книзу. Повторныя сокращенія ея могутъ, далѣе, легко вызвать рѣзкую ретроверзію-флексію матки, каковая аномалія можетъ возникнуть и сразу, подъ вліяніемъ особенно сильныхъ сокращеній.

Такимъ образомъ, безъ сомнѣнія, происходятъ весьма многіе изъ подвижныхъ перегибовъ и наклоненій матки кзади. Они являются непосредственными послѣдствіями того состоянія, которое мы должны разсматривать, какъ частичное проявленіе энтероптоза, и которое, поэтому, можетъ быть названо гистероптозомъ. Ретроверзія-флексія матки представляетъ собою первую ступень этого состоянія, тогда какъ пролапсъ — вторую ступень гистероптоза.

На слѣдующемъ мѣстѣ стоятъ инфекціонные процессы, дѣлающіе связочный аппаратъ матки и самую матку вялыми. Тѣ же самыя процессы уже во время послѣродового періода могутъ вести къ срощеніямъ матки съ заднею стѣнкою таза и такимъ образомъ сразу обусловливать ретрофлексію матки или, по крайней мѣрѣ, такое положеніе ея, изъ котораго, подъ вліяніемъ сокращеній брюшнаго пресса, переполненія мочевого пузыря или дѣйствія случайныхъ силъ, легче, чѣмъ изъ нормальнаго положенія, можетъ возникнуть ретрофлексія.

Далѣ, ретрофлексія въ пуэрперальномъ періодѣ можетъ развиваться и такимъ путемъ, что параметритическій выпотъ можетъ фиксировать шейку матки въ передней части таза, а это повлечетъ за собою отклоненіе маточнаго тѣла къзади.

Наконецъ, данная аномалія можетъ развиваться въ послѣродовомъ періодѣ и благодаря тому, что влагалищная часть матки будетъ смѣщена вбокъ и здѣсь прочно фиксирована подъ вліяніемъ параметритическихъ, перисальпингитическихъ и періоофоритическихъ выпотовъ. При этомъ одна изъ Douglas'овыхъ мышцъ (*mm. retractores uteri*) дѣлается недостаточной вслѣдствіе чрезмѣрнаго натяженія, другая же — вслѣдствіе чрезмѣрнаго расслабленія. Въ итогѣ обѣ эти мышцы теряютъ возможность удержать шейку матки въ заднемъ отдѣлѣ таза, — она отходить впередъ, а маточное тѣло отклоняется къзади.

Ziegenbreck, на основаніи тщательныхъ изслѣдованій на живыхъ, провѣренныхъ впоследствии на секціонномъ столѣ, думаетъ, что при всѣхъ ретроверзияхъ-флексіяхъ матки имѣется ограниченіе пассивной подвижности матки, обусловленное воспалительными сращениями.

Зачастую, однако, тѣ ретрофлексіи, которыя мы на основаніи анамнеза считаемъ пуэрперальными, на самомъ дѣлѣ существовали у больныхъ уже до первыхъ родовъ и даже до первой беременности. Онѣ имѣлись у больныхъ еще до ихъ выхода замужъ, но только стали проявляться тяжелыми симптомами, — я разумѣю меноррагіи, метроррагіи и припадки давленія со стороны увеличенной матки, — впервые послѣ родовъ. Дѣло въ томъ, что, какъ я доказалъ, ретроверзия-флексія очень часто является прирожден-



Рис. 106. Долго находившаяся въ ретрофлексіи матка. Утолщеніе стѣнокъ маточнаго тѣла и значительное удлинненіе шейки, то и другое непосредственно вслѣдствіе ретрофлексіи, т. е. глубокаго сгибанія матки. Больная 42 лѣтъ, рожала 6 разъ, уже 6 мѣсяцевъ страдаетъ постоянными сильными кровотечениями, не прекратившимися послѣ исправленія положенія матки и выскабливанія. *Exstirpatio uteri totalis.*

нымъ порокомъ, стоящимъ въ связи съ недостаточнымъ опущеніемъ яичниковъ. Въ этихъ случаяхъ Hunter'овскія связки (*ligg. ovarii et ligg. rotunda uteri*), отходящія отъ яичниковъ сзади и сверху, оставляютъ тѣло матки (обыкновенно недоразвитое) въ заднемъ положеніи, а не оттягиваютъ въ нормальную *anteversio*. Очень важное значеніе для возникновенія ретроверзии-флексіи имѣетъ также прирожденная ненормальная глубина задняго Douglas'ова кармана, которую W. A. Freund считаетъ порокомъ развитія.

Theilhaber установилъ, что у дѣтей *mesometrium* относительно бѣденъ мускулатурой, которая сильно развивается лишь ко времени половой зрѣлости, въ старости же опять дѣлается слабѣе. Разъ это такъ, то въ слабомъ развитіи мышцъ матки мы должны видѣть одно изъ проявленій инфантилизма, притомъ проявленіе, облегчающее возникновеніе ретроверзии-флексіи.

Въ другихъ случаяхъ ретрофлексія происходитъ вслѣдствіе непослѣродовыхъ воспаленій, локализирующихся позади матки, при которыхъ сморщивающіеся ткани тянутъ маточное тѣло прямо къзади. Поэтому нерѣдкой причиной ретрофлексіи являются *oophoritis*, *salpingo-oophoritis* и *salpingitis* съ ихъ послѣдствіями — брюшными сращениями органовъ.

Примѣръ: больная 20 лѣтъ, вышедшая замужъ нѣсколько недѣль тому назадъ. Мужъ ея 4 года назадъ получилъ гоноррею и до сихъ поръ имѣетъ „goutte militaire“. Больная жалуется на сильныя боли въ нижней части живота, особенно съ лѣвой стороны, менорраги, кровотечения въ промежуткахъ между мѣсячными и бѣли. При изслѣдованіи, произведенномъ 15/VIII 1899 г., у ней найдено воспаление придатковъ, особенно слѣва. Больные придатки значительно увеличены, но лежатъ на нормальномъ мѣстѣ; положеніе матки также правильное.

Изслѣдованіе 26/VIII: лѣвые придатки, все еще сильно увеличенные, найдены смѣщенными къзади и книзу, въ верхнюю часть Douglas'ова кармана.

Изслѣдованіе 12/IV: припухлость придатковъ уменьшилась, но за то матка уже не находится болѣе въ антеверзи-флекси.

Изслѣдованіе 15/IX: лѣвые придатки нормальныхъ размѣровъ; они лежатъ слѣва и съзади ретрофлектированной матки, гдѣ срослись съ нею.

Наконецъ, возможно, что и при нормальной маткѣ и нормальномъ связочномъ аппаратѣ внезапныя сокращенія брюшнаго пресса могутъ вызвать ретрофлексію, такъ же, какъ при нормальной брыжжѣйкѣ они могутъ вызвать заворотъ кишекъ, при нормальныхъ брюшныхъ покровахъ — herniam lineae albae, а также смѣщеніе почекъ, хотя мы при этомъ и не въ состояніи проанализировать механизмъ ихъ дѣйствія. Указаннымъ путемъ ретрофлексію особенно легко можетъ возникнуть въ послѣродовомъ періодѣ, но можетъ развиваться и внѣ послѣдняго. Длительное положеніе больной на спинѣ, напр. послѣ операціи, усиливаетъ предрасположеніе къ такому способу возникновенія ретроверзи-флекси.

Припадки, вызываемые ретрофлексіей, бывають у разныхъ лицъ весьма различны. Одни женщины, страдая ретрофлексіей въ теченіе многихъ лѣтъ, безъ труда исполняютъ всѣ обязанности, налагаемыя на нихъ обществомъ, семействомъ и родомъ ихъ занятій<sup>1)</sup>, онѣ не чувствуютъ себя больными, и ретрофлексію открывається у нихъ чаще случайно; другія больныя, благодаря ретрофлекси, дѣлаются совершенно неспособными къ труду.

Въ частности, что касается мѣстныхъ симптомовъ, то наиболѣе частнымъ изъ нихъ является усиленіе регуль. Даже у дѣвственницъ, страдающихъ ретрофлексіей, главная жалоба состоитъ особенно въ томъ, что мѣсячныя у нихъ слишкомъ обильны. Обусловливаемая ретрофлексіей менорраги дѣлаются еще сильнѣе, когда матка подъ вліяніемъ повторныхъ родовъ увеличится и сдѣлается богаче кровью.

Причина меноррагій при ретрофлекси кроется въ разстройствахъ кровообращенія, именно въ застоѣ, обусловливаемомъ перекручиваніемъ широкихъ связокъ. Послѣдствіемъ этого застоя является, кромѣ меноррагій, отечное набуханіе слизистой оболочки матки даже и внѣ регуль, — набуханіе, которое ведетъ къ усиленной секретіи маточныхъ железъ, т. е. къ бѣлямъ. Отдѣленію бѣлей при ретрофлекси способствуютъ еще и другіе моменты. Дѣло въ томъ, что ретрофлексію всегда соединена съ относительно глубокимъ стояніемъ матки. Если это опусканіе матки значительно, то влагалищные своды растягивають влагалищную часть матки

1) Основываясь на подобныхъ случаяхъ, многіе гинекологи склоняются даже къ мнѣнію, что сама по себѣ retroversio-flexio не вызываетъ никакихъ разстройствъ, и что, если таковыя наблюдаются у больныхъ съ наклономъ и перегибомъ матки къзади, то они обуславливаются не неправильнымъ положеніемъ матки, а или осложняющимися послѣднее воспалительными процессами, или зависятъ отъ истеріи. Этотъ взглядъ, однако, не выдерживаетъ критики. Несомнѣнно, во многихъ случаяхъ именно ретроверзи-флекси сама по себѣ является источникомъ цѣлаго ряда припадковъ. В. Г.

и широко раскрывают наружный маточный зевъ, особенно если послѣдній, вслѣдствіе родовыхъ разрывовъ, превратился въ широкую поперечную щель. Необходимымъ послѣдствіемъ этого является выворотъ слизистой оболочки цервикальнаго канала, причеиъ вывороченная mucosa, какъ это всегда бываетъ, проявляетъ усиленную секреторную дѣятельность. Послѣ исправленія положенія матки выворотъ исчезаетъ, а вмѣстѣ съ нимъ уменьшается и гиперсекреція слизистой оболочки.

Если расстройства питанія, вызываемыя венознымъ застоємъ, продолжаютъ долгое время, то наступаютъ станціонарныя измѣненія въ тканяхъ матки, — маточныя стѣнки опухаютъ и утолщаются, mucosa uteri измѣняется, какъ при *endometritis chronica hyperplastica*. Это опять-таки ведетъ къ меноррагіямъ, учащенію мѣсячныхъ и увеличенію ихъ продолжительности.

Среди мѣстныхъ симптомовъ, встрѣчающихся при ретрофлексіи, одними изъ самыхъ частыхъ являются расстройства со стороны мочевого пузыря, обусловливаемыя обычно чисто механическими при-

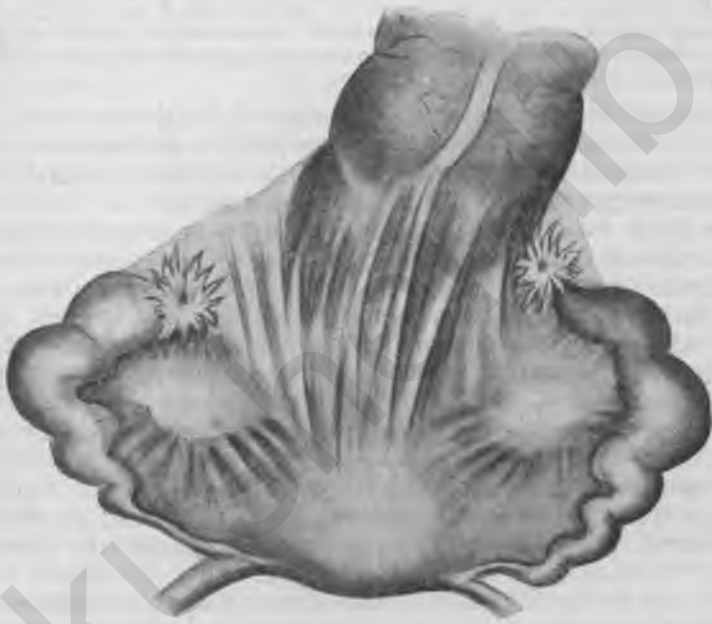


Рис. 107. *Perimetritis, perisalpingitis, perioophoritis*. Матка, трубы, яичники и прямая кишка срослены брюшинными перепонками, которыя удерживаютъ матку въ ретрофлексіи. Чтобы отчетливѣе представить эти перепонки, надо вообразить, что матка оттянута къпереди и къверху. Бахромчатые концы трубъ не зарощены, а только стенозированы. Имѣется первая степень развитія гидросальпинкса. Данный рисунокъ представляетъ копию наброска, сдѣланнаго мною сейчасъ послѣ чревосчненія, произведеннаго у больной 38 лѣтъ, рожавшей одинъ разъ, за 12 лѣтъ до операціи. Со времени родовъ у больной были боли въ крестцѣ, дисменоррея и метроррагіи. Врачи нѣсколько разъ пытались отдѣлить сросленные органы, но безуспѣшно. Чревосчненіе 28<sup>17</sup> 1889 г., раздѣленіе брюшныхъ сросненій термокаутеромъ, вентрофиксация матки.

чинами, т. е. измѣненіемъ положенія матки. По большей части здѣсь наблюдается странгурія, могущая дойти до *disuria paradoxa*, — въ тѣхъ именно случаяхъ, когда ретрофлектированная матка увеличивается вслѣдствіе беременности, новообразованій или воспаленій, причеиъ смѣщеніе пузыря дѣлается еще болѣе значительнымъ. Одновременно съ этимъ, вслѣдствіе недостаточнаго опорожненія пузыря, легко развивается циститъ.

Давленіе перегнутой назад матки на прямую кишку влечетъ за собою очень часто затрудненія дефекаціи, запоръ и вздутіе кишекъ. Эта же причина увеличиваетъ мѣстныхъ затрудненія оттока крови въ ректальныхъ венахъ, что влечетъ за собою возникновеніе или усиленіе геморроидальныхъ страданій.

Дальнѣйшимъ послѣдствіемъ неправильнаго положенія матки при ретрофлексіи нерѣдко являются болѣзненные ощущенія въ одной или обѣихъ нижнихъ конечностяхъ. Самой легкой формой такихъ ощущеній является чувство ползанія мурашекъ, въ тяжелыхъ же случаяхъ дѣло доходитъ до явленій паралича.

Указанные припадки зависятъ обыкновенно отъ давленія увеличенной ретрофлексированной матки на какой-нибудь одинъ *plexus ischiadicus*, или же на оба. Бываетъ и такъ, что давленіе на нервы производится не непосредственно маткой, а воспалительно измѣненными сосѣдними органами, каковы трубы, яичники и брюшина. Кромѣ того, тяжелые нервные припадки, локализирующіеся въ нижнихъ конечностяхъ, не зависятъ непосредственно отъ неправильнаго положенія матки, зачастую разыгрываются на почвѣ создаваемой ретрофлексіей общей нервозности (истерія). Однако и въ такихъ случаяхъ указанная разстройство излечиваются путемъ исправленія положенія матки (см. главу XXVI).

Большинство больныхъ по собственному опыту знаютъ, какое неприятное ощущеніе вызываетъ неправильное положеніе матки въ *excavatio recto-uterina*. Многія пациентки жалуются на постоянныя боли, локализирующіяся глубоко въ нижней части таза; другія испытываютъ боли въ крестцѣ; у третьихъ мѣстомъ локализациі болевыхъ ощущеній являются болѣе высоко расположенныя области, а именно поясничная или даже область плечевого пояса и выше; четвертыя жалуются на боли въ паховыхъ областяхъ — съ обѣихъ сторонъ или преимущественно съ одной; пятыя указываютъ область боковыхъ болей выше, причемъ, если боли локализируются преимущественно справа, — можетъ возникнуть неправильное предположеніе объ аппендицитѣ, и предпринимается операція удаленія червеобразнаго отростка.

Обыкновенно всѣ эти страданія усиливаются предъ наступленіемъ мѣсячныхъ, комбинируясь иногда съ жестокими дисменорроейнными болями. Гораздо рѣже случается, что именно во время мѣсячныхъ больныя чувствуютъ себя лучше.

Всѣ симптомы, сопровождающіе ретрофлексію, достигаютъ чрезвычайной интенсивности въ тѣхъ случаяхъ, когда съ аномаліей положенія матки сопряжено микробіотическое воспаленіе съ его послѣдствіями — приращеніемъ матки и ея придатковъ.

Кромѣ вышеуказанныхъ мѣстныхъ симптомовъ, существуетъ еще дѣльный рядъ другихъ припадковъ, которые исходятъ, повидимому, изъ органовъ болѣе удаленныхъ отъ матки, по которымъ, тѣмъ не менѣе, принадлежатъ также къ клинической картинѣ ретрофлексіи. Впрочемъ, припадки эти не представляютъ чего-либо характернаго для данной болѣзни, — они наблюдаются и при другихъ заболѣваніяхъ внутреннихъ половыхъ органовъ женщины. Мы имѣемъ здѣсь въ виду тѣ разстройства, которыя свойственны истеріи. Таковы: оварія, встрѣчающаяся особенно часто въ тѣхъ случаяхъ ретрофлексіи, когда имѣются налицо воспалительныя заболѣванія придатковъ; далѣе, нервная диспепсія, *globus et clavus hys-*

terici, невральгии въ области тройничнаго нерва и т. п. Вообще ни при одномъ заболѣваніи нельзя установить такъ легко и ясно причинной связи съ истеріей, какъ при ретрофлексіи. Если послѣдняя еще не осложнена, то послѣ излеченія ея обычно исчезаютъ и всѣ истерическіе симптомы, притомъ обыкновенно сразу. Но, если наступили уже осложненія, — если дѣло дошло до воспаления придатковъ и брюшины, то исправленіе положенія матки уже не ведетъ къ полному излеченію больныхъ и къ устраненію тѣхъ симптомовъ, которые локализируются въ удаленныхъ отъ матки органахъ.

Ретрофлексія вообще, въ особенности же съ того момента, когда сопровождавшіе ее воспалительные процессы, главнымъ образомъ эндометритъ, достигнутъ извѣстной степени, несомнѣнно вліяетъ и на способность женщины имѣть потомство, а именно, на *facultas concipiendi*. Оттого исправленіе положенія перегнутой назадъ матки зачастую очень быстро излечиваетъ существовавшее до того времени безплодіе; оно не даетъ, однако, никакихъ результатовъ, если не будутъ устранены осложняющія ретрофлексію воспаленія придатковъ.

Діагнозъ ретроверзіи-флексіи ставится исключительно на основаніи двуручнаго изслѣдованія: со стороны влагалища опредѣляютъ большую частію рѣзко смѣщенную впередъ влагалищную часть, а въ заднемъ сводѣ ощупываютъ заднюю стѣнку матки, обращенную обычно кверху, при ретрофлексіи же — книзу. По большей части изслѣдующему удается прощупать переходъ шейки въ заднюю стѣнку тѣла; при остроугольной ретрофлексіи это бываетъ, однако, труднѣе.

Наружная рука, вдавливая брюшиныя стѣнки, устанавливаетъ, что лежащее въ заднемъ сводѣ тѣло есть *corpus uteri*, а не какія-либо другія образованія (опухоли придатковъ, *haematocoele retrouterina*, мѣомы задней стѣнки матки и пр.), расположенныя позади смѣщенной впередъ матки.

Въ неосложненныхъ случаяхъ діагнозъ, при извѣстномъ навыкѣ, поставить бываетъ большею частію легко. Если же ретрофлексія осложнена увеличеніемъ придатковъ, то бываетъ труднѣе отличить, путемъ пальпации, которое изъ прощупываемыхъ тѣлъ принадлежитъ маткѣ. Въ подобныхъ случаяхъ діагнозъ можетъ быть облегченъ путемъ зондированія. Подходящее для ретроверзіи-флексіи искривленіе зонда указано въ главѣ XXVII.

Далѣе, діагностическія затрудненія могутъ возникать въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ тѣло матки не опредѣляется со стороны задняго свода, такъ какъ оно лишь умѣренно наклонено кзади, безъ перегиба. При этомъ передняя стѣнка матки, обычно обращенная книзу, находится на высотѣ тазоваго входа. Въ такихъ случаяхъ ретроверзія весьма часто просмагривается, положеніе матки не признается патологическимъ, почему противъ него и не принимается никакихъ мѣръ. Между тѣмъ именно такіе случаи принадлежатъ къ числу наиболѣе благодарныхъ въ смыслѣ терапіи. Обычно при нихъ имѣетъ мѣсто сравнительно свѣжее смѣщеніе матки, и поэтому даже кратковременнаго примѣненія pessariевъ бываетъ достаточно, чтобы возстановить нормальное положеніе органа.

Бимануальное ощупываніе, для постановки діагноза, должно

быть производимо нѣжно, безъ насилія; сильное надавливаніе со стороны рукава или брюшныхъ покрововъ строго воспрещается. Если діагнозъ остается подѣ сомнѣиємъ, такъ какъ больная напрягаетъ брюшныя стѣнки, то можно прибѣгнуть къ наркозу.

Терапія ретрофлексіи должна преслѣдовать двѣ совершенно разнородныя задачи: во-первыхъ, привести матку въ нормальное положеніе, затѣмъ — удержатъ въ этомъ положеніи.

Прежніе гинекологи не разграничивали рѣзко обѣихъ этихъ задачъ, полагая, что обѣ онѣ будутъ достигнуты, стоитъ лишь ввести во влагалище удерживающіе матку въ правильномъ положеніи инструменты — пессаріи.

Мы разрѣшаемъ эти задачи или путемъ ортопедическаго леченія, или оперативнымъ путемъ.

Выпрямленіе ретрофлексированной матки производится слѣдующимъ образомъ: введя въ задній сводъ влагалища одинъ или, лучше, два пальца, врачъ старается приподнять прощупываемое тамъ маточное тѣло вверхъ; другой рукой онъ старается захватить матку чрезъ брюшныя покровы и перевести ее въ антефлексію. Одновременно съ этими манипуляціями, производимыми наружной рукой, пальцы, находящіеся во влагалищѣ, переставляются изъ задняго свода въ передній и оттѣсняють отсюда влагалищную часть кзади на ея нормальное мѣсто. Если пациентка находится въ соответствующемъ положеніи, а матка не фиксирована сращениями, то репозиція ея обыкновенно удастся.

Если указанный образъ дѣйствій почему-либо не даетъ результата, то вводятъ одинъ палецъ въ прямую кишку, а большой во влагалище и производятъ одновременно слѣдующія два дѣйствія, которыя *per vaginam* можно исполнить лишь въ послѣдовательномъ порядкѣ: приподнимая изъ прямой кишки маточное тѣло, оттѣсняють большимъ пальцемъ влагалищную часть кзади. Наружной рукой при этомъ дѣйствуютъ такъ же, какъ и при первомъ способѣ.

Если выправленіе матки и теперь не удается, то я рекомендую прибѣгнуть къ слѣдующему способу, дающему мнѣ обыкновенно хорошіе результаты: захвативъ влагалищную часть пулевыми щипцами, сильно оттягиваютъ ее вперед и книзу, т. е. по направленію къ входу во влагалище; затѣмъ, черезъ задній влагалищный сводъ или прямую кишку, оттѣсняють глубоко втянутое маточное тѣло вверхъ, а влагалищную часть одновременно отводятъ щипцами вверхъ и кзади. Если матка не фиксирована сращениями, то теперь она навѣрное приводится въ правильное положеніе.

Совершенно ошибочно мнѣніе, будто выправленіе матки можно облегчить при помощи зонда, и что вообще репозиція зондомъ легче ручной. Напротивъ, можно смѣло утверждать, что при помощи зонда мы въ состояніи репонировать лишь самыя подвижныя матки, и что этотъ способъ совершенно непримѣнимъ къ большому числу случаевъ, въ которыхъ ручное выправленіе даетъ хорошіе результаты. Зондъ въ качествѣ репозиціоннаго инструмента долженъ быть разъ навсегда оставленъ, притомъ не столько по той причинѣ, что имъ легко перфорировать матку, сколько потому, что при репози-



ции зондомъ нельзя опредѣлить ни мѣста, ни силы мѣшающихъ репозиціи препятствій, а стало быть, ихъ нельзя ни избѣжать, ни устранить.

Если выправленіе матки ни однимъ изъ указанныхъ способовъ не удастся, то послѣ предварительнаго основательнаго опорожненія кишекъ слѣдуетъ подъ наркозомъ, при помощи бимануальнаго изслѣдованія, опредѣлить тѣ препятствія, которыя мѣшаютъ репозиціи, и, если возможно, устранить ихъ.

Для этого больную нужно уложить на удобный столъ или кресло для изслѣдованія, придать ей такое положеніе, чтобы позвоночникъ былъ сильно кифотически согнутъ, и сдвинуть тазовый конецъ туловища на край стола (или кресла), а бедра сильно привести къ животу. Лишь въ этомъ спинно-ягодичномъ положеніи можно вполнѣ воспользоваться выгодами наркоза. Если же мы придадимъ больной другое положеніе, или если наркозъ не будетъ достаточно глубокъ, то лучше вовсе не прибѣгать къ нему.

Когда больная усыплена и уложена,

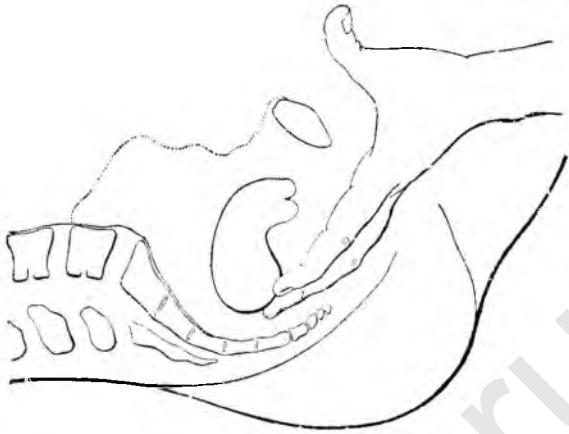


Рис. 108.

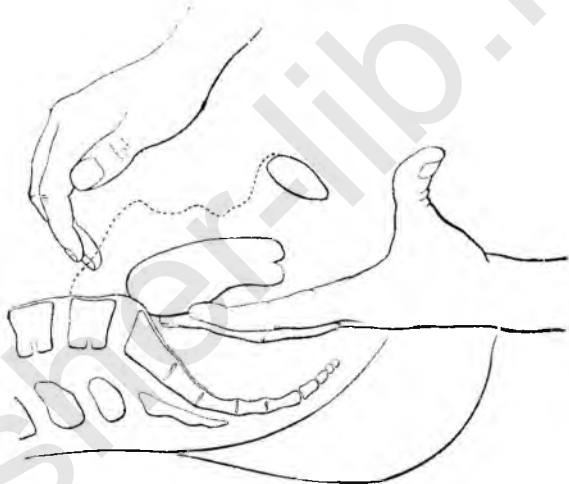


Рис. 109.



Рис. 110.



Рис. 111.

Рис. 108—111. Бимануальная репозиция ретрофлексированной матки. Рис. 108 показывает, как матку отгибают *per vaginam* из заднего тазового пространства, пока не удастся обхватить ее наружною рукою (рис. 109 и 110). Рис. 111 представляет удачную репозицию. (Schultze *Lageveränderungen*, стр. 147—150).

как слѣдует, вводить указательный палец, или же указательный вмѣстѣ со среднимъ, одной руки въ прямую кишку, а большой палецъ той же руки во влагалище, и приводящъ ими матку въ движение; въ то же время другою рукою, находящеюся снаружи, стараются прощупать заднюю стѣнку матки и придатки. Этимъ путемъ мы точно опредѣляемъ препятствія, мѣшающія репозиціи, захватываемъ удерживающіе матку тяжи пальцами и даже безъ особенныхъ стараній разрываемъ ихъ. Если же при этомъ встрѣятся намъ слишкомъ крѣпкіе тяжи или обшир-

ныя плоскостныя сращения, то можно или тотчасъ же попытаться насильственно разорвать эти сращения (способъ *Schultze*), или посвятить этому вмѣнательству особый сеансъ, или, ограничившись пока діагнозомъ, впоследствии постараться раздѣлить и растянуть сращения путемъ массажа, или, наконецъ, прибѣгнуть къ оперативному отдѣленію сращеній *per laparotomiam*.

Первый изъ указанныхъ способовъ даетъ отличные результаты<sup>1)</sup>, однако же самыя большіе успѣхи въ этой области принадлежатъ гинекологическому массажу (см. главу XXIX). Чревосѣченіе съ отдѣленіемъ сращеній тупымъ путемъ, ножницами или каленымъ желѣзомъ слѣдуетъ примѣнять въ тѣхъ случаяхъ, когда, послѣ отдѣленія сращеній, желаютъ обезпечить правильное положеніе матки, пришивая ее къ брюшной стѣнкѣ.

Могутъ-ли прочныя сращения сдѣлаться болѣе мягкими или растянутся подъ влияніемъ мѣстнаго примѣненія медикаментовъ, — іодистаго калия, глицерина, ихтиола, теплыхъ и горячихъ сирицеваній, мѣстныхъ или общихъ ваннъ того или другого состава, — это весьма сомнительно. Подобные способы леченія слѣдуетъ примѣнять лишь въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ, наряду съ аномаліями положенія, имѣются налицо и воспалительныя измѣненія. Послѣ того исправляютъ уже положеніе матки, и притомъ лучше всего оперативнымъ путемъ.

1) Необходимо, однако, помнить, что насильственное разрываніе сращеній по *Schultze* представляетъ собою довольно опасный способъ: извѣстны случаи, гдѣ слишкомъ энергичное примѣненіе этого способа вело къ разрывамъ стѣпки прямой кишки. В. Г.

Разъ выправленіе ретрофлектированной матки удалось, то надо позаботиться о томъ, чтобы сохранить полученный результатъ и удержать матку въ правильномъ положеніи.

Только въ очень свѣжихъ случаяхъ ретрофлексіи мускулатура связочнаго аппарата оказывается достаточно упругой для того, чтобы она могла сама удерживать матку въ правильномъ положеніи. Нормальное положеніе послѣ репозиціи удерживается также сильно увеличенная, беременная въ первыхъ мѣсяцахъ матка, причемъ дѣйствуетъ тяжесть органа по законамъ рычага. Связки можно укрѣпить при помощи ежедневныхъ холодныхъ влагалищныхъ душей и небольшихъ холодныхъ клистировъ; весьма полезнымъ для данной цѣли является и массажъ. Однако, въ большинствѣ случаевъ не слѣдуетъ полагаться на правильное функціонированіе мускулатуры связочнаго аппарата матки, а слѣдуетъ обезпечить правильное положеніе органа при помощи особыхъ приспособленій, пессаріевъ.

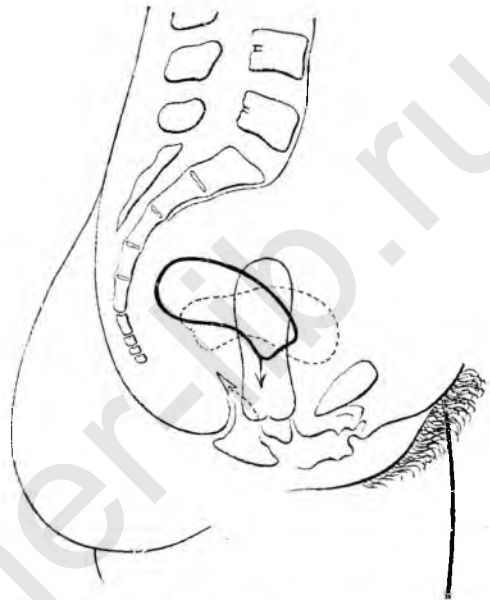


Рис. 112. Кюснер'овскій методъ репозиціи ретрофлектированной матки. Толстыми контурами очерчена ретрофлектированная матка. Толстая стрѣлка показываетъ направленіе, по которому щипцы тянутъ влагалищную часть книзу, выпрямляя такимъ образомъ матку (очерченную тонкой линіей). Пунктирная стрѣлка показываетъ направленіе, по которому влагалищная часть была перемѣщена кзади при помощи пулевыхъ щипцовъ, причемъ тѣло матки (очерчено пунктиромъ) пришло въ нормальное положеніе.

Первымъ приборомъ, изобрѣтеннымъ специально для этой цѣли, былъ восьмиобразный пессарій Schultze. Всѣ прежніе пессаріи, въ томъ числѣ подъемные и рычажные пессаріи Hodg'e'a, служили для того, чтобы поднять по законамъ рычага или какимъ-нибудь инымъ способомъ еще ретрофлектированную матку. Ручной способъ выправленія послѣдней тогда не былъ еще извѣстенъ. Послѣ же изобрѣтенія этого способа, для удержанія въ правильномъ положеніи матки, выправленной ручными пріемами, стали пользоваться и нѣрѣдко пользуются по настоящее время и прежними пессаріями, которымъ ихъ изобрѣтатели предназначали болѣе узкій кругъ примѣненія. Это относится къ пессарію Hodg'e'a, кольцамъ Maue'a и цѣлому ряду другихъ, самыхъ разнообразныхъ пессаріевъ.

Всѣ эти пессаріи, однако, не заслуживаютъ примѣненія, за исключеніемъ пессарія Hodg'e'a. Его примѣненіе очень легко, и въ нѣкоторыхъ случаяхъ онъ дѣйствительно оказываетъ хорошія услуги. Пессарій этотъ дѣйствуетъ тѣмъ, что растягиваетъ влагалище въ длину, благодаря чему влагалищная часть не можетъ такъ сильно опускаться кпереди, какъ это необходимо при ретрофлексіи. Если задній влагалищный сводъ неслишкомъ обширенъ и вялъ, то при помощи Hodg'e'евского пессарія можно удержать portio vaginalis кзади, а репонированное тѣло матки — спереди въ антеверзии-флексіи.

Но при ретрофлексіи нѣрѣдко влагалище и задній влагалищный сводъ бываютъ вялы. Въ этихъ случаяхъ, несмотря на примѣненіе пессарія Hodg'e'a и на вызванное имъ растяженіе рукава въ длину, влагалищная часть не остается

сзади, но даже в самых благоприятных случаях лежит ближе к средине таза, а маточное тело опять перегибается кзади сообразно с положением влагалищной части. При подобном срединном положении влагалищной части больные чувствуют себя сравнительно хорошо: самые тяжелые симптомы у них исчезают или, по меньшей мере, теряют свою интенсивность, что вполне удовлетворяет как самих больных, так и некоторых врачей.

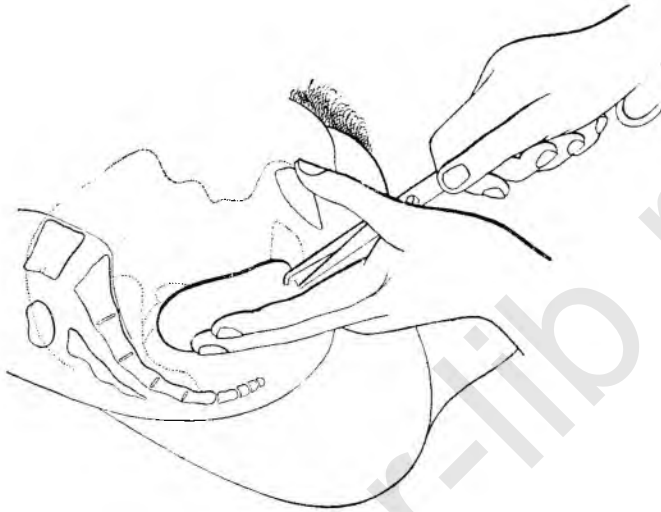


Рис. 113. Выправление матки по способу Кюстнера при помощи пупевых щипцов. Первый прием. Влагалищную часть тянуть щипцами книзу, благодаря чему матка выпрямляется; одновременно с этим двумя пальцами оттягивают маточное тело кпереди, со стороны заднего влагалищного свода или прямой кишки.

Однако этим не следует довольствоваться. Каждая больная имеет право спросить нас, как долго придется ей носить пессарий; обыкновенно это и бывает первым вопросом, с которым больная обращается к врачу. Для каждого вполне очевидно, что чем хуже пессарий удовлетворяет своему назначению, тем дольше придется им пользоваться; напротив, если пессарий хорош, то можно надеяться, что, при его ношении, мускулатура связочного аппарата вскоре настолько укрепитя, что не будет нужды в искусственном удерживании матки в нормальном положении.

Ни один прибор не может лучше фиксировать влагалищной части далеко сзади в тазу и сильнее мешать ей перемещению кпереди, а маточного тела — кзади, чем такой пессарий, который непосредственно обхватывает влагалищную часть, постоянно оттягивает маточное дно кпереди на подобие репонирующего пальца и вместе с тем мешает заднему своду расширяться. Такими пессариями являются — восьмиобразный пессарий Schultze и пессарий Thomas'a и Smith'a, изогнутый на подобие буквы S, которые при подвижных ретрофлексиях дают отличные результаты. Хотя я научился применять восьмиобразный пессарий от самого его изобретателя, однако теперь я пользуюсь преимущественно пессарием Thomas'a и Smith'a и, так как применение последнего легче, чем восьмиобразного пессария, то я утверждаю, что практический врач в случаях, не требующих вмешательства со стороны специалиста, должен пользоваться этим пессарием и отчасти пессарием Hodge'a.

Если ретрофлексированная матка выправляется легко, без особенных затруднений, если, далее влагалище и наружные половые органы нормальны, не представляют дефектов и не обезображены разрывами промежности, то ортопедическое лечение ретрофлексии можно начать с пессария Hodge'a. Последний вводят следующим образом: большим и указательным пальцем левой руки

раздвигают половую щель, а правой рукою берут пессарій, смазанный вазелиномъ или смоченный лизоломъ, за нижній конецъ и, придавъ ему такое положеніе, чтобы не задѣть уретральнаго отверстія, вводятъ въ вагину. Затѣмъ вводятъ во влагалище одинъ или два

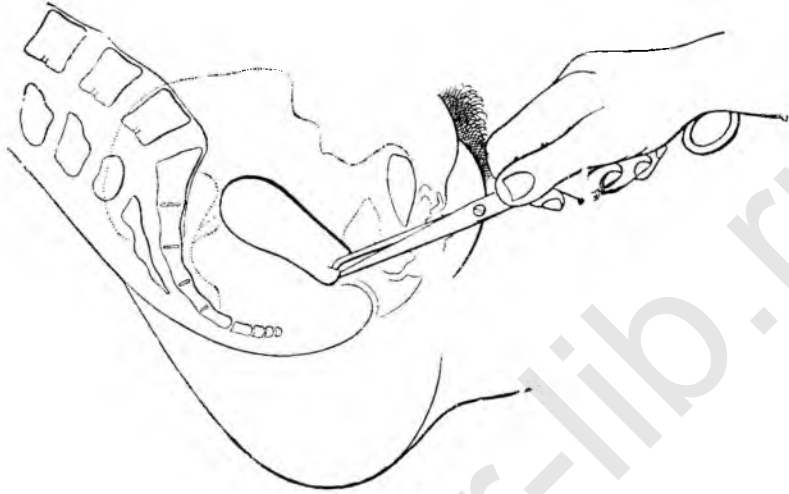


Рис. 114. Выправление матки по способу Кістнера при помощи плевыхъ щипцовъ. Приѣмъ второй. Ручку щипцовъ поднимаютъ вверхъ, описывая ея большую дугу, послѣ чего навигаютъ ихъ во влагалище въ этомъ направленіи, затѣмъ снимаютъ. Если перегнутая назадъ матка сохранила свою подвижность, то теперь она выправляется. Манипуляціи со стороны задняго влагалищнаго свода, какъ при первомъ приѣмѣ, здѣсь излишни; для выправленія матки достаточно уже того, что влагалищную часть вытягиваютъ и вталкиваютъ обратно подъ разными углами.

пальца лѣвой руки, и, минуя portio vaginalis, вталкиваютъ верхнюю часть пессарія въ задній влагалищный сводъ; при этомъ слѣдуетъ провѣрить, растягиваетъ-ли пессарій влагалище достаточно, но не слишкомъ сильно. При помощи ощупыванія и глаза убѣждаются также въ томъ, не выдается-ли нижній край пессарія изъ вульвы за границы дѣвственной плевы. Если окажется, что пессарій слишкомъ великъ или слишкомъ малъ, то его слѣдуетъ немедленно замѣнить такимъ, который придется впору. Если на слѣдующій день,



Рис. 115. Пессарій Smith'a.

Рис. 116. Пессарій Hodge'a.

Рис. 117. Употребительная форма пессаріевъ Thomas'a.

При всѣхъ трехъ формахъ пессаріевъ часть а лежитъ въ заднемъ влагалищномъ сводѣ, будучи обращена кривизной въ сторону влагалищной части, а часть в лежитъ во входѣ во влагалище, будучи обращена кривизной къзади.

при изслѣдованіи больной, окажется, что матка, несмотря на пессарій, опять находится въ ретроверзи-флексиі или даже занимает среднее положеніе, то ее опять выправляютъ и вводятъ другой пессарій — побольше или такой формы, который дѣйствуетъ болѣе энергично, т. е. пессарій Thomas'a или Smith'a. Вставляется пессарій Thomas'a и Smith'a такъ же, какъ и пессарій Hodg'e'a; надо только имѣть въ виду, что иногда вставить верхнюю дужку этихъ пессаріевъ въ задній сводъ бываетъ нѣсколько труднѣе.

Если выборъ врача остановился на восьмиобразномъ пессаріи Schultze, о относительно его примѣненія надо помнить слѣдующее. Въ первоначальной своей конструкціи пессарій этотъ приготовлялся изъ мѣдной проволоки, обтянутой каучукомъ. Теперь его дѣлаютъ изъ целлулоида, представляющаго то преимущество, что онъ не разлагается. Еще лучше приготовить пессарій, согласно предложенію самого Schultze, изъ целлулоиднаго кольца, снабженнаго внутри проволокой, которая препятствуетъ кольцу измѣнять свою форму подъ влияніемъ температуры влагалища.

Такое круглое кольцо, — для нерожавшихъ съ діаметромъ въ 8,5 сант., а для женщинъ уже рожавшихъ — въ 10, — кладутъ на нѣсколько минутъ въ кипящую воду. Когда оно сдѣлается мягкимъ, ему придаютъ восьмиобразную форму, какъ это показано на рис. 119 и 120. Затѣмъ крѣпкимъ корнцангомъ захватываютъ пессарій въ мѣстѣ его перекреста и сильно сдавливаютъ, послѣ чего кладутъ его на нѣсколько секундъ въ холодную воду, смазываютъ вазелиномъ и вводятъ во влагалище, проверяя при помощи оупыиванія, находится-ли въ маломъ кругѣ пессарія вся влагалищная часть, и не слишкомъ-ли сильно большее кольцо растягиваетъ рукавъ. Разныя модификаціи, которыя можно придавать пессарію Schultze, столь многочисленны, что охарактеризовать ихъ надлежащимъ образомъ нельзя ни словами, ни при помощи рисунка. Въ виду этого я остановлюсь лишь на одной существенной вещи.

Мы чрезвычайно часто наблюдаемъ, что влагалищная часть является фиксированною въ тазу то болѣе вправо, то болѣе влѣво. Такого рода - односторонняя фиксация шейки бываетъ во многихъ случаяхъ причиной возникновенія ретрофлексіи. Если подобнымъ образомъ смѣщенную влагалищную часть нужно фиксировать въ заднемъ влагалищномъ сводѣ, то симметрической пессарій здѣсь оказывается непригоднымъ. Гораздо лучше примѣнить здѣсь несимметрической пессарій, который является болѣе удобнымъ по причинѣ асимметріи матки. Восьмиобразному пессарію Schultze можно очень легко придать асимметричную форму; съ другими же пессаріями, даже если-бы мы сами захотѣли ихъ соответствующимъ образомъ согнуть, сдѣлать этого невозможно.

Раньше мнѣ очень часто приходилось видѣть пессаріи, изогнутые и примѣненные неопытными еще товарищами. Многія изъ погрѣшностей этихъ пессаріевъ являются типичными. Такъ, напр., пессаріи зачастую берутся слишкомъ длинныя, вслѣдствіе чего нижній ихъ конецъ давитъ на стѣнку влагалища въ области нисходящей части лонной кости, между тѣмъ какъ разъ въ этомъ мѣстѣ пессарій

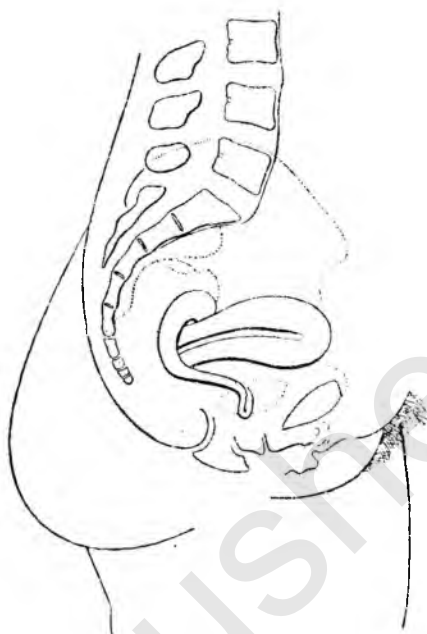


Рис. 118. Пессарій Thomas'a in situ. Болѣе толстая и широкая дужка лежитъ въ заднемъ влагалищномъ сводѣ и мѣшаетъ маточному тѣлу перемѣщаться туда. Кромѣ того, пессарій растягиваетъ влагалище въ длину и удерживаетъ влагалищную часть въ задней половинѣ таза.

долженъ быть подвиженъ и не долженъ производить сильнаго давленія. Вообще пессарій не долженъ упираться въ тѣ или другія части костей, но долженъ удерживаться лишь эластичностью стѣнокъ влагалища, помѣщаясь при этомъ въ двухъ верхнихъ частяхъ его, достаточно обширныхъ и широкихъ. Кроме того, пессарій не долженъ выдаваться въ introitus. Въ другихъ случаяхъ пессаріи берутся слишкомъ узкіе. Такъ какъ пессарій долженъ удерживаться лишь благодаря эластичности влагалищныхъ стѣнокъ, то, конечно, онъ долженъ растягивать ихъ достаточно въ ширину. Вообще длина восьмиобразнаго пессарія должна равняться его ширинѣ. Самая широкая часть пессарія должна находиться близко къ перекресту. Нижний конецъ долженъ быть совершенно тупъ и коротокъ, чтобы не вдаваться въ introitus vaginae и не раздражать лежащихъ здѣсь частей. Наконецъ пессарию нужно придавать въ профиль слегка S-образную форму, о чемъ также весьма часто забываютъ.

Даже самымъ опытнымъ врачамъ дѣяній пессарій. Въ однихъ случаяхъ слѣдующей визитации жаловаться, что пессарій ее стѣсняетъ и давитъ. Въ другихъ случаяхъ уже черезъ сутки матка, несмотря на пессарій, оказывается опять ретрофлексированной — или вслѣдствіе того, что влагалищная часть выскользнула изъ малаго кольца, или вслѣдствіе того, что маточное тѣло перегнулось назадъ, хотя влагалищная часть и осталась въ своемъ кольцѣ. Въ послѣднемъ случаѣ пессарій нужно взять больше и, что особенно важно, длиннѣе; въ первомъ же случаѣ часто бываетъ достаточно разогнуть пессарій въ мѣстѣ перекреста. Если влагалищная часть имѣетъ наклонность выходить изъ малаго кольца въ боковомъ направленіи, то въ этомъ же направленіи нужно сдѣлать пессарій экстрамедіальнымъ. Въ общемъ надо сказать, что врачу удастся лишь личнымъ опытомъ достигнуть надлежащаго навыка и умѣнія въ примѣненіи пессаріевъ, и что по этому вопросу нельзя дать какихъ-либо кратко изложенныхъ правилъ.

Готовые, находящиеся въ продажѣ восьмиобразные пессаріи изъ твердаго каучука (Rogschonik'sкая молификация) являются вполне непригодными инструментами. Называть ихъ пессаріями Schultze не слѣдуетъ уже потому, что они продаются готовыми, между тѣмъ какъ характерная особенность и важное преимущество пессарія Schultze состоятъ въ томъ, что онъ можетъ быть индивидуализированъ, можетъ быть согнутъ сообразно каждому отдѣльному случаю. Здѣсь дѣло обстоитъ совершенно такъ же, какъ при изготовленіи дантистомъ искусственныхъ зубовъ соотвѣтственно формѣ данной челюсти.

Я счелъ нелишнимъ описать примѣненіе при ретрофлексіяхъ восьмиобразнаго пессарія Schultze болѣе подробно, чѣмъ это дѣлалось до сихъ поръ въ учебникахъ, за исключеніемъ одной лишь монографіи самаго изобрѣтателя. Это сдѣлано мною, съ одной стороны, потому, что среди врачей слишкомъ мало знаютъ объ относящихся сюда затрудненіяхъ и подробностяхъ, а съ другой стороны — въ виду того, что восьмиобразный пессарій Schultze является приборомъ, который въ состояніи бываетъ удерживать матку въ правильномъ положеніи даже въ самыхъ трудныхъ случаяхъ, когда не помогаетъ уже никакой другой пессарій. Кто умѣетъ примѣнять пессарій Schultze, для того не представитъ никакихъ затрудненій примѣненіе готовыхъ пессаріевъ Hodge'a, Smith'a и Thomas'a.

Тѣмъ не менѣе выше я уже упомянулъ, что въ обыкновенныхъ простыяхъ случаяхъ, когда матка легко вправима, я не пользуюсь пессаріемъ Schultze, но употребляю преимущественно пессаріи Thomas'a и Smith'a. Оба пессарія находятся въ продажѣ въ шести формахъ, сдѣланныхъ изъ твердаго каучука, причемъ изъ этихъ формъ всегда можно подобрать подходящую для даннаго случая.

Чѣмъ, при одинаковыхъ результатахъ, примѣняемое средство проще, тѣмъ лучше для больнаго. Дѣло въ томъ, что дальнѣйшій уходъ за больною и контроль надъ пессаріемъ въ большинствѣ случаевъ приходится предоставлять несне-

нвсегда удается сразу подобрать подходящій пессарій. Пациентка начинаетъ сейчасъ же или при



Рис. 119.

Рис. 120.

Рис. 119 и 120. Симметрическая и асимметрическія формы восьмиобразнаго пессарія Schultze. Пессаріи послѣднихъ формъ предназначены для тѣхъ случаевъ, когда цервикальная часть матки фиксирована въ тазу въ сторону отъ средней линіи, вслѣдствіе хроническихъ воспалительныхъ процесовъ. (Schultze Lageveränderungen, стр. 155 и 156).

циалистамъ, а такъ какъ пессаріи Hodge'a, Thomas'a и Smith'a болѣе распространены, и способъ ихъ примѣненія болѣе извѣстенъ, то мы съ этимъ и должны считаться.

Если пессарій подобранъ хорошо, то больную нужно разъ въ день подвергать контролю впродолженіи отъ 4 до 8 дней. Втеченіи этого времени больная должна ходить, подвергаться всѣмъ случайностямъ повседневной жизни, подымать большія тяжести и задерживать на продолжительное время мочу. Если, несмотря на всѣ эти испытанія, пессарій окажется хорошимъ, и матка сохранить нормальное положеніе, то больную можно отпустить домой. Слѣдующее изслѣдованіе ея можетъ быть сдѣлано лишь по истеченіи мѣсяцевъ, а еще слѣдующее — спустя еще бѣльшій промежутокъ времени. Втеченіи всего того срока, пока больная носитъ пессарій, она должна отъ времени до времени спринцевать рукавъ какимъ-нибудь слабымъ дезинфицирующимъ растворомъ, напр., растворомъ кали hypermanganici, борной кислоты, молочной кислоты, формалина, или слабымъ растворомъ поваренной соли и соды, или, наконецъ, просто отварной водой. Температура должна равняться приблизительно температурѣ тѣла или быть немного ниже ея. Смотря по количеству отдѣляемаго изъ матки, спринцеванія нужно дѣлать нѣсколько разъ въ недѣлю или рѣже. Если количество отдѣляемаго очень незначительно, то спринцевать рукавъ слѣдуетъ лишь послѣ мѣсячныхъ и послѣ полового сношенія<sup>1)</sup>.

Небезразличнымъ является матеріалъ, изъ котораго сдѣланъ пессарій. Пессаріи изъ твердаго каучука, будучи долго носимы, подвергаются раздѣлающему дѣйствию со стороны влажнншнаго отдѣляемаго, утрачиваютъ свою гладкость, становятся шероховатыми и въ этомъ видѣ могутъ легко узурпировать стѣнку рукава. Несравненно болѣе удобными являются въ этомъ отношеніи пессаріи изъ целлулоида, — они остаются гладкими и потому должны быть предпочтительными каучуковымъ.

Если матка лежитъ въ пессаріи хорошо, то я рекомендую, для укрѣпленія тазовой мускулатуры и фасцій, прибѣгать къ гимнастикѣ. Женщины изъ рабочихъ классовъ могутъ заниматься своей работой, хотя и съ извѣстными ограниченіями. Состоятельнымъ больнымъ рекомендуются — общія гимнастика тѣла, упражненія на вольномъ воздухѣ, упражненія съ шестомъ, плаваніе, ѣзда на велосипедѣ.

Кромѣ того, при этомъ надо обращать вниманіе на цѣлесообразный костюмъ. Перетягиваніе живота завязками отъ юбокъ или узкимъ корсетомъ выпячиваетъ нижнюю часть живота впереди и смѣщаетъ кишки, нормально лежація надъ маткой, впереди отъ послѣдней. Благодаря этому, оно можетъ повести къ смѣщенію матки назадъ, къ рецидиву ретрофлексіи. Юбки слѣдуетъ носить при помощи подтяжекъ, перекинутыхъ чрезъ плечи. Корсета вообще можно не запрягать, но корсеты, слишкомъ стягивающіе талию, не должны быть

1) Я принялъ за правило — рекомендовать каждой больной, носящей пессарій, спринцеваться по крайней мѣрѣ одинъ разъ въ день. Кромѣ того, я рекомендую больнымъ, носящимъ пессарій, хотя разъ въ день самимъ поправлять пессарій, отталкивая переднюю дужку его, указательнымъ пальцемъ, по направленію къ заднему проходу. В. Г.



употребляемы. Такъ наз. «реформенные туалеты» имѣютъ въ своей основѣ совершенно правильную, въ гигиеническомъ отношеніи, идею.

По истеченіи года пессарій слѣдуетъ смѣнить. Его удаляютъ и, наблюдая за женщиной втеченіи нѣсколькихъ дней, смотрятъ, остается-ли матка въ правильномъ положеніи безъ всякой поддержки. Въ случаѣ нужды, вставляютъ новый пессарій — или меньшаго размѣра, или другой формы, напр., вмѣсто пессаріевъ Smith'a или Thomas'a — пессарій Hodge'a. Ранѣе года пессарій слѣдуетъ вынимать лишь при наступленіи беременности, притомъ на 20-й недѣлѣ послѣдней. Зачастую больныя спрашиваютъ, не слѣдуетъ-ли пессарій, время отъ времени, вынимать для его чистки; на этотъ вопросъ слѣдуетъ отвѣчать отрицательно, такъ какъ пессарій можетъ быть содержимъ въ чистотѣ при помощи влагалищныхъ спринцеваній. Съ другой стороны, если носительница можетъ часто подвергаться изслѣдованію со стороны спеціалиста, то послѣдній долженъ, между прочимъ, обращать вниманіе и на эту сторону дѣла.

Хорошо подобранный пессарій нисколько не мѣшаетъ больной, не прерываетъ ея сношеній и, при достаточной опрятности больной, не вызываетъ ни бѣлей, ни непріятнаго запаха, почему его можно носить очень долго.

На вопросъ: какъ долго больныя должны носить пессарій? — отвѣтить очень легко: онѣ должны носить его до тѣхъ поръ, пока матка сама не будетъ въ состояніи держаться въ нормальномъ положеніи. Для этого въ различныхъ случаяхъ требуется различное время. Многія больныя, особенно тѣ, которыя принадлежатъ къ болѣе зажиточнымъ классамъ и которыя обращаются къ врачу сравнительно рано, могутъ перестать носить пессарій уже по истеченіи года; другимъ слѣдуетъ его носить въ теченіе нѣсколькихъ, даже многихъ лѣтъ. Женщины рабочаго класса, которыя постоянно подвергаются различнымъ неблагоприятнымъ вліяніямъ, могущимъ вызвать возвратъ ретрофлексіи, должны носить пессарій гораздо дольше того срока, который является вполне достаточнымъ для женщинъ обезпеченныхъ.

Какъ среди публики, такъ и среди врачей сильно распространено ошибочное мнѣніе относительно того, сколько времени нужно носить пессарій. Обычно для этого считаютъ достаточнымъ слишкомъ короткій промежутокъ времени.

Труднѣ всего удерживаются въ нормальномъ положеніи тѣ репонированныя подвижныя матки, которыя долго лежали въ ретрофлексіи, и у которыхъ мѣсто изгиба отвердѣло сзади вслѣдствіе атрофіи маточной стѣнки и брюшинныхъ сращеній въ этомъ мѣстѣ. Въ подобныхъ случаяхъ лишь недавно перестали употреблять т. наз. внутриматочные пессаріи. Совершенно не упоминая о болѣе старыхъ формахъ этихъ инструментовъ, я скажу нѣсколько словъ лишь о томъ способѣ примѣненія ихъ, который былъ предложенъ Schultze. Способъ этотъ состоитъ въ слѣдующемъ. Прежде всего расширяютъ маточную полость, строго соблюдая при этомъ всѣ правила асептики (см. главы о гинекологической діагностикѣ и объ эндометритѣ). Когда полость будетъ расширена настолько, чтобы ея иросвѣтъ равнялся 6 миллиметрамъ, то вводятъ въ матку штифтъ изъ слоновой кости толщиною около 5 миллиметровъ, а длиною въ 6 сантиметровъ, утвержденный на пластинкѣ. Если матка меньше нормальной, то нужно выбрать болѣе короткій штифтъ. Во всякомъ случаѣ послѣдній долженъ имѣть такую длину, чтобы онъ входилъ въ маточное тѣло приблизительно на 2 сантиметра. Выпрямленную такимъ образомъ

матку выправляют и удерживают въ нормальномъ положеніи при помощи соотвѣтствующаго восьмиобразнаго пессарія. Если при этомъ не было допущено никакихъ погрѣшностей противъ асептики, то комбинированные такимъ образомъ пессаріи нисколько не будутъ мѣшать другъ другу. Больныя могутъ при этомъ выполнять такія же работы, требующія извѣстнаго напряженія, какія дозволяются больнымъ съ однимъ только рукавнымъ пессаріемъ.

Пока у насъ не будетъ увѣренности въ томъ, что все приспособленіе дѣйствуетъ вполне исправно, мы должны наблюдать за больной и держать ее въ постели.

По истеченіи довольно продолжительнаго промежутка времени смотреть, не будетъ-ли внутриматочный пессарій излишнимъ, и не достаточно-ли одного восьмиобразнаго пессарія или пессарія Thomas'a, чтобы удержать матку въ правильномъ положеніи. Если нѣтъ, то больную надо еще разъ подвергнуть описанному леченію.

Хотя изъ наблюденій прежнихъ лѣтъ я хорошо знаю пользу и относительную безопасность такого рода комбинированныхъ пессаріевъ, однако я ихъ больше не примѣняю. Дѣло въ томъ, что при этомъ способѣ нельзя уберечь полость матки отъ проникновенія въ нее микроорганизмовъ, а это необходимо для того, чтобы воспрепятствовать инфекціи матки и послѣдующей инфекціи трубъ. Случаи, въ которыхъ одни только влагалищные пессаріи оказываются не въ состояніи удержать матку въ нормальномъ положеніи, сдѣлались теперь достояніемъ оперативной терапіи.

Мы описали, такимъ образомъ, ортопедическую терапію ретрофлексіи. Нужно, однако, помнить, что при ней, какъ вообще и при всякомъ леченіи, необходимо индивидуализировать каждый случай и принимать во вниманіе всѣ условія болѣзни.

Если пациентка — молодая дѣвушка, то все-таки нужно придерживаться того правила, что ретрофлексію необходимо лечить. Въдь о самомъ-то неправильномъ положеніи матки гинекологъ узнаетъ здѣсь потому лишь, что оно вызываетъ требующія леченія разстройства. Въ этихъ случаяхъ матка легко репонируется, причемъ достаточно даже небольшого пессарія. Однако въ большинствѣ случаевъ, чтобы ввести пессарій, приходится пожертвовать цѣлостью гимена. Точно такимъ же образомъ надо поступать и въ тѣхъ случаяхъ ретрофлексіи у дѣвицъ, когда наблюдаемые у послѣднихъ припадки, повидному, не вызываются непосредственно этой аномаліей. Мнѣ нерѣдко приходилось убѣждаться, что болѣзненные явленія, повидному, зависящія отъ хлороза, быстро исчезаютъ послѣ выправленія перегнутой назадъ матки. Подобные случаи особенно благодарны для терапіи. Больныя этой категоріи скорѣе другихъ перестаютъ пользоваться пессаріемъ, такъ какъ у нихъ связочный аппаратъ матки весьма скоро становится достаточно сильнымъ, чтобы удержать матку въ нормальномъ положеніи.

Если страдающая ретрофлексіей пациентка — женщина недавно вышедшая замужъ, то ретрофлексію можно не исправлять. Нужно только поддержать способность больной къ зачатію, устранить возможный при этомъ катарръ матки и предложить больной явиться опять послѣ перваго отсутствія мѣсячныхъ. Лишь тогда нужно выправить матку и ввести пессарій, который удаляется по истеченіи первыхъ 4 мѣсяцевъ беременности.

Однако, съ другой стороны, слѣдуетъ помнить, что именно устраненіе ретрофлексіи нерѣдко является лучшимъ средствомъ, способствующимъ зачатію. Надо имѣть, далѣе, въ виду, что разбираемой категоріи женщины обращаются къ врачу или тогда, когда вызываемая ретрофлексіей разстройство станутъ для нихъ нестерпимыми, или тогда, когда, несмотря на супружескую жизнь, онѣ видятъ себя бесплодными. Подобныя женщины обыкновенно уже пережили свой медовый мѣсяцъ, и то обстоятельство, что имъ придется носить пессарій, нисколько не будетъ ихъ стѣснять.

Когда такая больная забеременѣетъ и родитъ, то слѣдуетъ воспользоваться для исправленія положенія матки пуэрперальнымъ періодомъ, прибѣгая къ приемамъ спорыни въ большихъ дозахъ и холоднымъ ирригаціямъ влагалища<sup>1)</sup>. Эти сред-

1) Кромѣ того, такую родильницу не слѣдуетъ долго держать въ положеніи на спинѣ. В. Г.

ства вызываютъ въ мускулатурѣ матки и ея связочнаго аппарата сильныя сокращенія, и такимъ образомъ, оправляясь отъ родовъ, больная одновременно можетъ избавиться и отъ ретрофлексіи. Если же этого не бываетъ, то обыкновенно на 10-й или, самое позднее, на 14-ый день послѣродового періода матка опять перегибается къзади. Въ такихъ случаяхъ прежде всего слѣдуетъ позаботиться о совершенномъ излеченіи ранъ слизистой оболочки влагалища, оставшихся послѣ родовъ; когда стѣнки рукава сдѣлаются совершенно нормальными, то, на третьей недѣлѣ послѣ родовъ, выправляютъ матку и вводятъ довольно большой пессарій. Нѣсколько недѣль спустя его замѣняютъ меньшимъ, а впоследствии, если это окажется возможнымъ, — еще меньшимъ.

Изъ осложненій весьма часто требуетъ особеннаго леченія эндометритъ, если онъ значителенъ и не обѣщаетъ пройти самъ послѣ устраненія ретрофлексіи. Это леченіе слѣдуетъ предпринимать ранѣ леченія самой ретрофлексіи (см. главы XI и XII).

Крайне необходимо, при леченіи ретрофлексіи, обращать надлежащее вниманіе на застарѣлыя поврежденія отъ родовъ въ шейкѣ матки и на промежности. Цѣльность этихъ частей является *conditio sine qua* поп для успѣшнаго леченія данной аномаліи. Восьмиобразный пессарій не можетъ плотно обхватить влагалищной части, если она не имѣетъ приблизительно дѣвственной формы, а пессаріи *Hodge'a*, *Thomas'a* и *Smith'a* еще болѣе растягиваютъ имѣющіеся разрывы. Поэтому, если влагалищная часть обезображена выворотами, то ей нужно опять придать коническую форму при помощи операци *Emmet'a* (см. главу объ эндометритѣ). Если, далѣе, вслѣдствіе разрыва промежности половая щель широко раскрыта, то даже вполне хорошо подобранный пессарій будетъ въ большинствѣ случаевъ инсультировать окружающія части своимъ нижнимъ концомъ въ то время, когда больная садится, или же напрягаетъ брюшную прессь. Кромѣ того, пессарій можетъ причинять постоянныя раздраженія въ тѣхъ случаяхъ, когда нижній конецъ его давить на промежностный рубецъ, хотя-бы послѣдній не былъ особенно чувствителенъ. Въ такихъ случаяхъ леченію загиба матки обязательно должна предшествовать эпизиопластика. Примѣненіе пессарія послѣ этой операци можетъ имѣть мѣсто лишь тогда, когда операционные рубцы уже вполне окрѣпнутъ, т. е. нѣсколько мѣсяцевъ спустя. Съ другой стороны, впрочемъ, если больная не располагаетъ достаточнымъ временемъ, то можно выправить матку, ввести пессарій и уже тогда сдѣлать пластику промежности.

Во всѣхъ, однако, случаяхъ, гдѣ сопутствующее заболѣваніе, т. е. разрывъ наружнаго зѣва или промежности, требуетъ оперативнаго леченія, — нужно имѣть въ виду, нельзя одновременно устранить оперативнымъ путемъ и *retroflexio*. То обстоятельство, что даже наиболѣе сложныя операци, имѣющія цѣлью устраненіе ретрофлексіи, требуютъ отъ больныхъ не болѣе продолжительнаго пребыванія въ постели, чѣмъ промежностная пластика, — уже одно заставляетъ рѣшать этотъ вопросъ въ положительномъ смыслѣ. Такимъ образомъ всѣ необходимыя операци лучше дѣлать за одинъ разъ.

И во время климактеріи ретрофлексія, при извѣстныхъ условіяхъ, требуетъ леченія.

При ретрофлексіи мѣсячныя не только являются усиленными, но и сохраняются гораздо дольше нормы, продолжая приходить иногда до шестого десятка лѣтъ. Благодаря этому, и въ климактерическомъ возрастѣ, по моему, слѣдуетъ заботиться объ устраненіи ретрофлексіи. Последняя перестаетъ требовать леченія лишь тогда, когда матка и остальные отдѣлы половой сферы будутъ представлять рѣзкія климактерическія измѣненія, если, притомъ, къ указанному времени она не поведетъ къ опусканію матки и выпаденію стѣнокъ рукава.

Весьма неприятное осложненіе, вызываемое ношеніемъ пессарія, состоитъ въ образованіи пролежни на стѣнкѣ рукава. Это случается почти исключительно въ тѣхъ случаяхъ, когда введенный во влагалище пессарій слишкомъ великъ, или когда больная не обращаетъ вниманія на содержаніе рукава въ надлежащей чистотѣ при помощи спринцеваній. Такого рода пролежни при пессаріяхъ *Schultze* образуются обыкновенно на боковыхъ стѣнкахъ вагины,

а при пессаріяхъ Thomas'a и Smith'a — въ заднемъ влагалищномъ сводѣ. Пролезни эти дають о себѣ знать большимъ неприятнымъ жженіемъ во влагалищѣ и слизисто-сукровичнымъ отдѣлимымъ. При обнаруженіи ихъ, необходимо немедленно удалить пессарій на все то время, пока язвы вполне не заживуть. Такъ какъ мѣста, гдѣ онѣ были, очень легко изъязвляются опять, то, разъ у больной случилось подобное осложненіе, — леченіе пессаріями становится обычно очень труднымъ, если не совершенно невозможнымъ, и его приходится замѣнять оперативнымъ леченіемъ.

Еще до того времени, когда оперативная гинекологія впервые

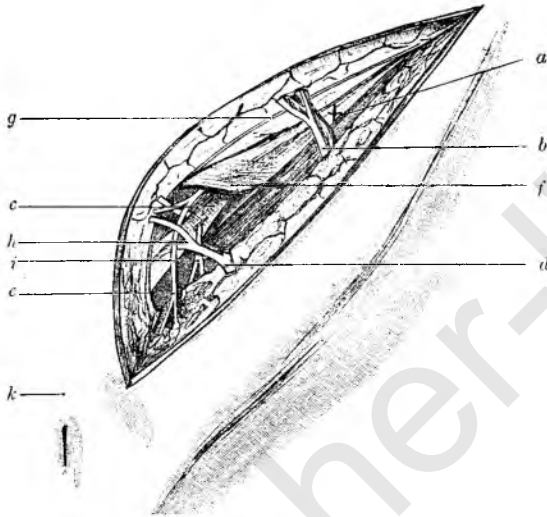


Рис. 121. Лѣвая паховая область, открытая путемъ разрѣза, проникающаго до фасціи. Вправо отъ зрителя *vasa epigastrica* (b), влѣво — круглая связка (c), которая перекрещивается наружными срамными сосудами (d); связка эта выступаетъ изъ-подъ фасціи и направляется въ жировую ткань большой губы. Надъ связкою лежитъ *perivus ilio-inguinalis* (e). Часть фасціи резецирована, дабы круглая связка была виднѣе. Въ точкѣ a находится внутреннее паховое отверстіе. (По Waldeyer'у, нѣсколько измѣнено).

вступила на путь своего прогресса, гинекологи стали думать о способахъ, при помощи которыхъ можно было-бы исправлять ненормальное положеніе матки оперативнымъ путемъ и такимъ образомъ сдѣлать излишнимъ примѣненіе пессаріевъ. Втеченіе послѣднихъ лѣтъ число такихъ способовъ стало расти очень быстро, и вообще мы переживаемъ теперь время, когда преимущества оперативнаго леченія ретрофлексіи слишкомъ переоцѣниваются, а результаты рациональнаго леченія пессаріями, напротивъ, находятъ себѣ недостаточную оцѣнку.

Изъ числа оперативныхъ методовъ, предложенныхъ для леченія ретрофлексіи, одни дають одновременно возможность устранить сращеніе ретрофлексированной матки, при другихъ же этого нельзя сдѣлать. Поэтому послѣдніе могутъ быть примѣняемы лишь въ тѣхъ случаяхъ, когда матка подвижна, первые же — и тогда, когда матка фиксирована.

Ранѣе всего (1840 г.) предложенный способъ оперативнаго леченія ретрофлексіи, именно операція Alexander-Adam's'a, ставитъ задачей оператора отыскать въ паховомъ каналѣ круглую связку, вытянуть ихъ наружу на нѣсколько сантиметровъ и, достаточнымъ образомъ укоротивъ, пришить ихъ въ кожной ранѣ.

Въ первое время операцію эту производили такимъ образомъ, что доходили только до наружнаго паховаго кольца и оттуда вытягивали круглую связку. Такъ

какъ, однако, круглая связка въ своей наружной концевой части, особенно у женщинъ нерожавшихъ, весьма тонки, но при извлеченіи изъ пахового канала онѣ не выдерживали натяженія и легко разрывались; съ другой стороны, такъ какъ при нескрытомъ паховомъ каналѣ контроль глазомъ очень труденъ, то черезъ наружное паховое кольцо зачастую вытягивали не самую связку, а лишь мышечныя волокна, отходящія отъ *musculus obliquus externus* и направляющіяся къ круглой связкѣ. Немудрено, что результаты операціи *Alexander-Adams's*, благодаря этому, были сомнительны, и названная операція, нашедши себѣ, въ началѣ восьмидесятихъ годовъ, извѣстный кругъ распространенія въ Америкѣ (*Mundé*) и въ

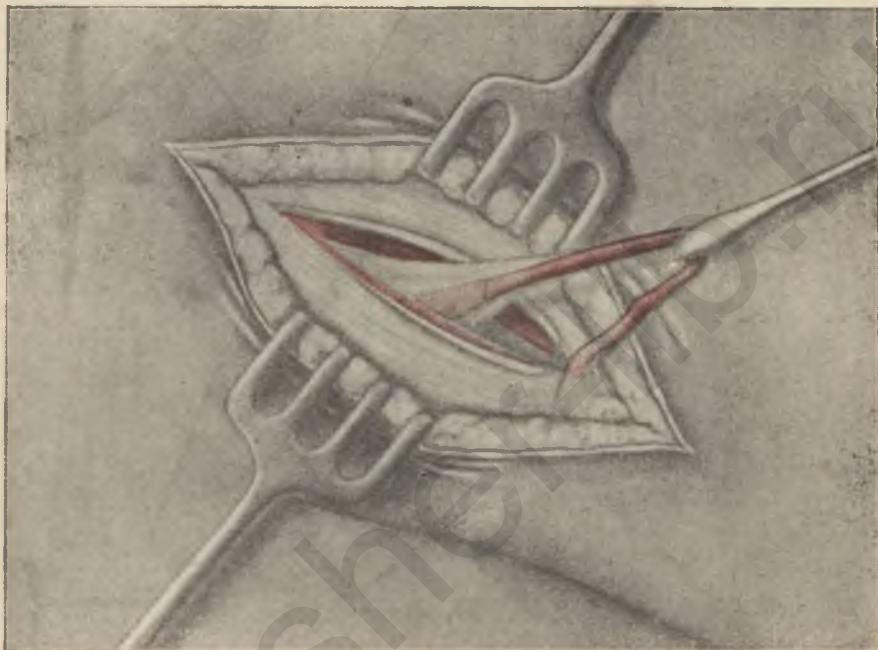


Рис. 122. Операція *Alexander-Adams's* на правой сторонѣ. Для большееъ демонстративности проведенъ большой разрѣзъ параллельно паховой складкѣ (которую можно видѣть на рисункѣ). Кожа и подкожная клетчатка оттянуты въ стороны *Volkman's* пинцетомъ. Фасція и паховый каналъ широко разсѣчены, и круглая связка, захваченная пинцетомъ, извлечена наружу. Дистальный конецъ связки находится въ связи съ *Imlach's* гроздью, проксимальный — съ сухожильными волокнами. Кромѣ того, у проксимальнаго конца хорошо виденъ *processus vaginalis peritonei*. Послѣдній въ свою очередь надрѣзывается такъ, чтобы брюшина была вскрыта, и можно было еще болѣе извлечь круглую связку. (*Vcit*, *Handb. der Gynaekologie*, 2. Aufl., 1907; *Küstner*, *Lageveränderungen*).

Россіи (*Славянскій*), не могла привиться въ Германіи. Дѣло измѣнилось лишь тогда, когда *Roux* сталъ учить, что связку слѣдуетъ вырепаровывать, вскрывая паховой каналъ широкимъ разрѣзомъ. Этому правилу, которое *Werth* началъ выполнять уже цѣлыми годами раньше, слѣдовали, по указаніямъ *Roux*, въ особенности *Koscher* и я.

Въ то время я дѣлалъ операцію *Alexander-Adams's* слѣдующимъ образомъ. Прежде всего я проводилъ разрѣзъ параллельно *Роиартов* связкѣ, начинавшійся отъ лоннаго бугорка и имѣвшій 6 сантиметровъ въ длину; разрѣзъ этотъ проникалъ сквозь наружные покровы вплоть до фасціи. Затѣмъ я захватывалъ фиксаціоннымъ пинцетомъ *Imlach's* гроздью жировую гроздь, выступающую изъ наружнаго пахового кольца и позволяющую легко отыскать послѣднее. Гроздь эту я сильно оттягивалъ, причемъ, если круглая связка была достаточно толста, то она слѣдовала за гроздью и могла быть вытянута на 6 сантиметровъ, даже больше. Если же анатомическая картина являлась невполнѣ ясною, то я ножницами расщеплялъ фасцію приблизительно на 6 сантиметровъ. При этомъ паховой каналъ ока-

зависался открытымъ, и тогда даже самую тонкую связку легко было безъ поврежденія отдѣлить тупымъ путемъ отъ подходящихъ къ ней волоконъ *obliqui externi*. Когда я вытягивалъ связку настолько далеко, что *processus vaginalis peritonei* (*diverticulum Nuckii*) былъ видѣнъ на протяженіи нѣсколькихъ сантиметровъ, то разрѣзывалъ послѣдній, а связку вытягивалъ еще больше наружу, отклонялъ ее кверху и пришивалъ къ поверхности фасціи на протяженіи нѣсколькихъ сантиметровъ. Дистальную, непришитую часть связки я резецировалъ. Затѣмъ кѣгутумомъ сшивались разрѣзанная фасція и дно пахового канала. Покровы соединялись швами. При разрѣзѣ кожи обыкновенно попадали подъ ножъ двѣ маленькія артеріи (*ramus rubicus et ramus epigastricus*), которыя нужно было перевязать; кровотечение изъ меньшихъ артерій обыкновенно вполнѣ прекращалось послѣ простого защемленія.

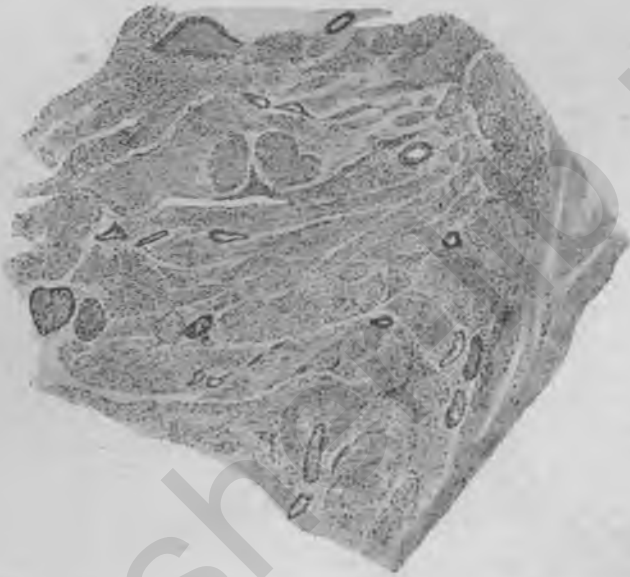


Рис. 123. Поперечный разрѣзъ черезъ круглую маточную связку, полученную при операціи Alexander-Adams'a. Видны поперечно и косо срѣзанные пучки гладкихъ мышцъ и сосуды.

При такомъ выполненіи операція Alexander-Adams'a представляетъ собою безукоризненный видъ хирургическаго вмѣшательства, при помощи котораго легко отыскать круглыя связки, сдѣлать ихъ вполнѣ подвижными и укоротить оперативнымъ путемъ. По вышеописанному способу я произвелъ эту операцію въ нѣсколькихъ сотняхъ случаевъ; по этому способу я рекомендую и теперь дѣлать эту операцію тѣмъ, кто не имѣетъ въ ея производствѣ значительнаго навыка.

Въ настоящее время я, по примѣру нѣкоторыхъ операторовъ (Fritsch, Asch), снова вернулся къ менѣе значительнымъ разрѣзамъ. Послѣдніе я провожу теперь круче, а не параллельно Рoupart'овой связкѣ; кровотечение при этомъ бываетъ меньше. Въ большинствѣ случаевъ бываетъ достаточно — сдѣлать лишь маленькій разрѣзъ въ области наружнаго пахового отверстия, изолировать черезъ него, анатомическимъ пинцетомъ, круглую связку отъ другихъ, выступающихъ изъ пахового отверстия, образованийъ, напр. отъ *perivus ileo-inguinalis*, и вытянуть ее. Если это оказывается труднымъ, то довольно разсѣчь фасцію лишь на короткомъ протяженіи и сдѣлать связку настолько подвижною, чтобы *diverticulum Nuckii* былъ



виденъ на значительномъ пространствѣ и могъ быть разрѣзанъ. Послѣ этого связки вытягиваются еще болѣе и пришиваются нѣсколькими катгутовыми швами къ фасціи, а нѣсколькими проволочными швами — къ брюшнымъ покровамъ.

Послѣ операции пациентка должна въ продолженіи 14 дней находиться въ постели, съ пессаріемъ въ рукавѣ. Послѣдній вынимаютъ по истеченіи этого срока, а еще лучше — по прошествіи еще нѣсколько недѣль.

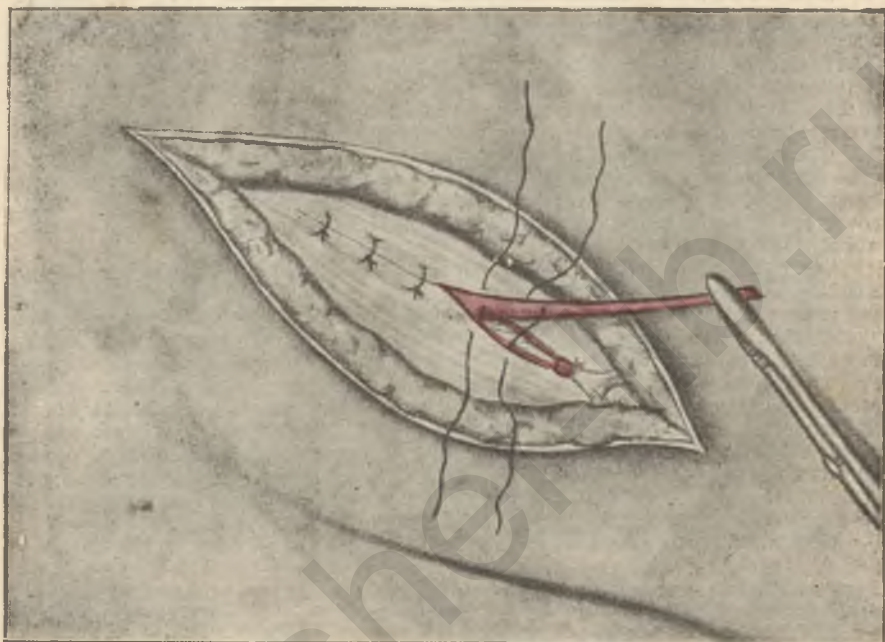


Рис. 124. Операция Alexander-Adams'a на правой сторонѣ. Для большей демонстративности разрѣзъ сдѣланъ большой. Круглая связка, послѣ вскрытія *procc. vaginalis peritonei*, насколько возможно, вытнута наружу, перевязана на своемъ дистальномъ концѣ и перерѣзана. Латеральная часть разрѣза фасціи зашита тремя катгутовыми швами, захватывающими одновременно и связку. Два остальные шва (зъ силькворма или катгута) проведены черезъ несшитые края фасціи и одновременно черезъ связку; въ случаѣ нужды, требуется еще одинъ такой же шовъ. Излишняя часть связки резецируется. Кожная рана зашивается проволочными швами (Veit, *Handb. d. Gyn.*, 2. Aufl., 1907).

Остальныя операции, имѣющія цѣлью удержать въ нормальномъ положеніи ретрофлексированную матку, могутъ быть перечислены въ хронологическомъ порядкѣ слѣдующимъ образомъ 1) операція *Olshausen'a* (пришиваніе маточнаго дна къ передней стѣнкѣ живота), 2) прикрѣпленіе влагалищной части къ задней тазовой стѣнкѣ, 3) маточный шовъ *Schücking'a* и 4) вагинальная фиксація *Dührssen-Mackenrodt'a*<sup>1)</sup>.

1) Подъ указанные типы можетъ быть подведено большинство многочисленныхъ способовъ, предложенныхъ новѣйшими авторами для оперативнаго леченія ретрофлексіи, но, однако, не всѣ. Такое исключеніе представляетъ, напр., способъ *Elischer'a*, модифицированный нѣкоторыми авторами (*Preiss*, *Jonnesco*), при которомъ въ области перегиба вырѣзывается изъ передней стѣнки матки клиновидный кусокъ, и затѣмъ тѣло матки пришивается къ шейкѣ подъ угломъ, открытымъ кпереди. В. Г.

Теоретически самым рациональным из этих способов является фиксация *portionis supravaginalis* у задней стѣнки таза, такъ какъ при этомъ способѣ матка сохраняетъ наибольшую подвижность. Операцию эту можно сдѣлать путемъ лапаротоміи (*Frohmel*) или путемъ вскрытія задняго влагалищнаго свода (*Freund*). *Stratz* старался достигнуть той же цѣли путемъ резекціи задняго *Douglas*'ова кармана, а *Saenger* — путемъ укороченія *Douglas*'овыхъ складокъ при помощи одиночнаго шва, проведеннаго изъ влагалища и охватывающаго складки по ихъ длинѣ. Всѣ эти способы въ практикѣ оказались, однако, непригодными.

*Schücking* стремился исправить ретрофлексію матки тѣмъ, что перегибалъ матку впереди и укрѣплялъ ее въ этомъ положеніи лигатурой. Онъ думалъ, что вызванная такимъ путемъ флексія будетъ постоянной, если лигатуру оставить на болѣе продолжительное время. Лигатуру проводятъ черезъ полость матки и ея переднюю стѣнку при помощи сильно согнутой, специально приспособленной для этой цѣли иглы, затѣмъ вставляютъ во влагалище пессарій, удерживающей влагалищную часть сзади, а спустя нѣкоторое время и пессарій, и лигатуру извлекаютъ. Отъ этого метода пришлось отказаться, такъ какъ онъ сопряженъ съ опасностью поврежденія пузыря, при продвиганіи лигатуры, и послѣдовательнаго нагноенія. Но, хотя этотъ методъ и перешелъ въ область исторіи, тѣмъ не менѣе онъ имѣетъ большое значеніе, какъ непосредственный предшественникъ вагинофиксаци *Dührssen-Maskenrodta*.

Операция вагинофиксаци по *Dührssen*у состоитъ въ томъ, что разрѣзываютъ въ поперечномъ направленіи передній влагалищный сводъ, отдѣляютъ матку отъ пузыря, какъ при полной экстирпаци, затѣмъ проводятъ чрезъ ея переднюю стѣнку, надъ внутреннимъ маточнымъ звѣномъ, фиксирующіе швы, захватывающіе и стѣнку рукава, наконецъ, зашиваютъ поперечную влагалищную рану въ сагиттальномъ направленіи. Такимъ образомъ передняя рукавная стѣнка удлиняется, а шейка и нижняя часть маточнаго тѣла прирастаютъ къ ней въ мѣстѣ этого искусственнаго удлиненія. *Maskenrodt* разрѣзываетъ переднюю влагалищную стѣнку въ сагиттальномъ направленіи и этимъ путемъ достигаетъ болѣе обширнаго отдѣленія пузыря, подъ которымъ пришивается потомъ матка къ передней влагалищной стѣнкѣ. Онъ соединяетъ края раны въ большинствѣ случаевъ безъ діагональнаго растяженія.

Оба эти способа давали невѣрные результаты до тѣхъ поръ, пока при нихъ не стали вскрывать брюшину пузырно-маточной впадины. И *Dührssen*, и *Maskenrodt* сами скорѣ сдѣлали этотъ важный шагъ къ усовершенствованію вагинофиксаци.

Я произвожу вагинофиксацию, какъ вѣроятпо, и большинство современныхъ гинекологовъ, слѣдующимъ образомъ:

Захвативъ влагалищную часть пулевыми щипцами, оттягиваютъ ее внизъ, ко входу во влагалище, а другими щипцами захватываютъ валикъ мочеиспускательнаго канала. Затѣмъ передняя влагалищная стѣнка разрѣзывается въ сагиттальномъ направленіи, пузырь отодвигается отъ этого разрѣза въ обѣ стороны на нѣсколько сантиметровъ и отдѣляется отъ маточной шейки, причемъ снизу это дѣлаютъ ножомъ, а выше — тупымъ образомъ, до тѣхъ поръ, пока не покажется *plica peritonei*. Двѣ маленькихъ артерій, расположенныя съ правой и лѣвой стороны шейки, нужно при этомъ перевязать или вполнѣдствіи тщательнаго зажать накладываемыми швами. Далѣе вскрываютъ *plicam peritonei* ножомъ или тупымъ путемъ и расширяютъ отверстіе ножницами въ обѣ стороны. Послѣ этого захватываютъ тѣло матки пулевыми щипцами — одними или двумя, причемъ вторые накладываются поближе къ маточному дну, и выводятъ матку въ рану. Когда это сдѣлано, *corpus uteri* фиксируется двумя швами изъ силькнорма, которые проходятъ черезъ всю толщю влагалищной стѣнки въ области передняго угла раны. Верхній изъ этихъ швовъ долженъ проходить черезъ тѣло матки приблизительно въ серединѣ между маточнымъ дномъ и внутреннимъ маточнымъ



зѣвомъ. Съ того момента, когда маточное тѣло приближено къ ранѣ, нельзя больше сильно натягивать щипцами влагалищной части, чтобы не мѣшать ей свободно отклоняться къзади и къверху. Оставшуюся часть рукавной раны закрываютъ глубокими швами, опять-таки захватывающими и матку resp. шейку. Для этихъ швовъ я тоже беру сильквормъ или проволоку и удаляю ихъ по истеченіи отъ 8 до 10 дней, тогда какъ швы, фиксирующие маточное тѣло, если возможно, лишь по истеченіи четырехъ недѣль. Употребляя кѣгутъ, мы избѣгаемъ послѣдовательнаго удаленія швовъ, а съ другой стороны — получаемъ ту выгоду, что швы будутъ удерживать матку въ желаемомъ положеніи вплоть до ея полной фиксаціи.

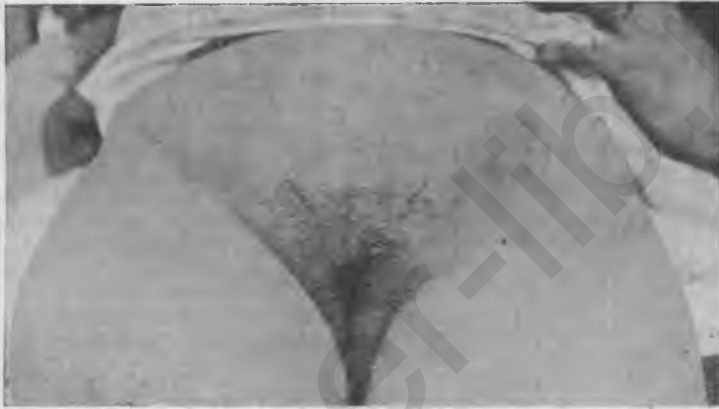


Рис. 125. Рубцы послѣ операціи Alexander-Adams'a. Рубцы эти замѣтны въ области роста волосъ, справа и слѣва, въ видѣ тонкихъ черточекъ. Изъ рисунка видно, что я теперь дѣлаю разрѣзы при данной операціи гораздо меньше и гораздо круче, чѣмъ прежде. Больная съ retroversio-flexio mobilis. Операція 28 апр. 1910 г. — укороченіе круглыхъ связокъ по Alexander-Adams'u и кольпоперинеорафія. Больная отпущена здоровою 12 мая того же года.

Модификаціями этого метода являются:

1) *Vagino-vesicofixatio* (Maskenrodt). Способъ этотъ состоитъ въ томъ, что, послѣ кольпотоміи и вскрытія plicae peritonealis anterioris, прикрѣпляютъ маточное тѣло къ отсепарованному пузырю, а не къ влагалищу; поэтому влагалищная рана зашивается, въ заключеніе операціи, отдѣльно. Отдаленные результаты получаются при этой модификаціи гораздо менѣе благоприятные, чѣмъ при вагннотоміи.

2) Внутривнутрибрюшинное укороченіе круглыхъ связокъ путемъ передней кольпотоміи (Rode, Wertheim). Послѣ вскрытія plicae круглыя связки захватываются петлею и втягиваются въ рукавную рану, гдѣ и пришиваются. Двойной изгибъ, въ который складывается каждая связка, конечно обуславливаетъ двойное ея укороченіе. По Wertheim'у, круглыя связки, кромѣ того, резецируются per colpotomiam anteriorem, и концы ихъ сшиваются.

Операція Olshausen'a или вентрофиксація состоитъ въ томъ, что между маточнымъ дномъ и передней брюшной стѣнкой создается брюшинная спайка. Самъ Olshausen дѣлаетъ эту операцію слѣдующимъ образомъ: вскрывъ брюшную полость, онъ проводитъ черезъ каждый рогъ маточнаго тѣла (мѣсто отхожденія круглой связки) по нити изъ силькворма, которыя захватываютъ также брюшину и фасцію, справа и слѣва отъ краевъ брюшной

раны, на высотѣ нижняго угла послѣдней; швы эти завязываются надъ фасціей. Leopold и Czerny проводятъ фиксирующіе швы черезъ переднюю стѣнку матки, а, если брюшныя покровы тонки, то и черезъ всю толщю ихъ, затѣмъ снимаютъ эти швы по истеченіи нѣсколькихъ недѣль. Если же брюшныя покровы толсты, то фиксирующіе швы проводятся лишь черезъ мускульный слой брюшной стѣнки и оставляются въ толщѣ послѣдней навсегда. Я

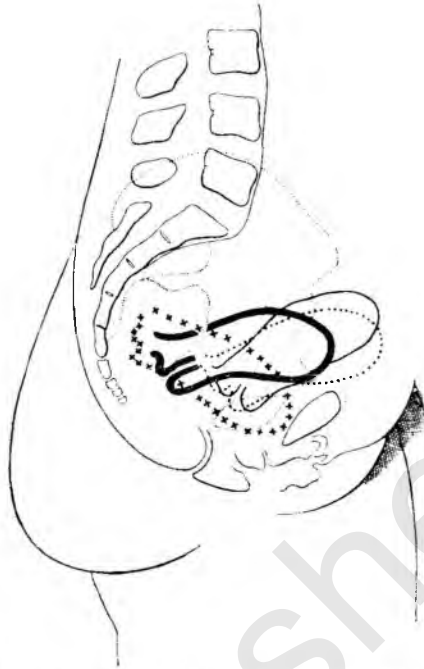


Рис. 126. Положеніе матки при различныхъ способахъ фиксаціи ея кпереди (пузырь пусть); толстою чертою обозначено нормальное положеніе матки, тонкою чертою — положеніе ея послѣ вентрофиксаціи, пунктиромъ — положеніе послѣ операціи Alexander's'a, крестиками — положеніе послѣ вагинофиксаціи.

какъ и операція вагинофиксаціи. Когда маточно-пузырчатая складка брюшины вскрыта, — чрезъ мѣсто отхожденія круглыхъ связокъ отъ матки проводится по длинной катгутовой нити; затѣмъ больной придается положеніе съ приподнятымъ тазомъ, чтобы кишки не заслоняли операціоннаго поля, оба конца каждой нити снабжаются иглами, и послѣднія проводятся чрезъ брюшную стѣнку, послѣ чего концы каждой нити завязываются снаружи.

4) Пришиваніе матки къ брюшной стѣнкѣ книзу отъ нижняго конца брюшнаго разрѣза (L. Fraenkel). Это мѣсто избирается, дабы избѣгнуть послѣдствительнаго развитія грыжъ въ брюшномъ рубцѣ. Фиксаціонныя швы проводятся при этомъ только чрезъ брюшину. Я зачастую пользуюсь этимъ методомъ.

5) Внутрибрюшинное укороченіе круглыхъ связокъ. Способъ этотъ извѣстенъ въ различныхъ видахъ: Doléris и Bardesca складываютъ круглую связку каждой стороны въ петлю, проводятъ эту петлю въ отверстіе, продѣланное въ фасціи возлѣ брюшнаго разрѣза, и сшиваютъ обѣ петли; Antonicelli производить внутрибрюшинно резекцію круглыхъ связокъ; Bode и Wylie складываютъ

предпочитаю этотъ методъ, причемъ для вскрытія брюшной полости пользуюсь моимъ надлобковымъ крестовиднымъ разрѣзомъ, для фиксаціи матки употребляю катгутъ (самое лучшее — присоединяю къ нему одинъ шовъ изъ сिल्кворма) и все фиксирующіе швы дѣлаю погружными, проводя ихъ чрезъ матку и брюшину, рѣже — чрезъ матку и фасцію. Я придаю большое значеніе широкой фиксаціи матки и потому пришиваю ее самое меньшее тремя швами.

Среди модификацій этого метода заслуживаютъ упоминанія:

1) Vesico-ventrofixatio (Werth). Маточное тѣло здѣсь прикрѣпляютъ при помощи швовъ не только къ брюшной стѣнкѣ, но и къ своду пузыря. Такимъ образомъ при этомъ способѣ больная гарантируется отъ ущемленія кишки въ пространствѣ между изуиремъ и мѣстомъ спайки матки съ брюшной стѣнкой. Позднѣ Werth пришивалъ переднюю маточную стѣнку и къ одной только верхушкѣ пузыря (vesicofixatio).

2) Укороченіе круглыхъ связокъ per laparotomy (Bode, Wylie).

3) Рукавная вентрофиксація (Gebhard).

Операція начинается такъ же,

каждую связку: въ дубликатуру и сшиваютъ послѣднюю кѣгуттовыми швами; Menge и Dudley нашиваютъ эти дубликатуры на переднюю стѣнку матки<sup>1)</sup>.

Изъ перечисленныхъ методовъ вентрофиксація, вагинофиксація и операція Alexander-Adam's'a, при надлежащемъ выполненіи, даютъ превосходные результаты, такъ какъ при помощи этихъ операцій удается удержать тѣло матки на долгое время въ нормальномъ положеніи. Особенно близка къ нормѣ отношенія создаются путемъ операція Alexander-Adam's'a. Вполнѣ нормальное положеніе матки не достигается, однако, ни однимъ изъ этихъ способовъ, такъ какъ они не оказываютъ вліянія на положеніе шейки и не могутъ укрѣпить этой части матки въ ея естественномъ положеніи (см. рис. 126). Даже вагинофиксація, которая является для этого самой подходящей операціей, не даетъ совершенныхъ результатовъ. Этимъ, впрочемъ, можно пренебречь, такъ какъ все же достигаемое путемъ указанныхъ операцій положеніе, будучи весьма близко къ нормальному, прекращаетъ разстройство питанія матки, обусловливаемая ретроверзіей-флексіей, и устраняетъ какъ непосредственные, такъ и отдаленные припадки, свойственные этой послѣдней.

Если всѣ эти три способа являются приблизительно одинаково цѣнными въ смыслѣ своей пригодности для стойкаго исправленія положенія матки вообще, то этого отнюдь нельзя сказать относительно отдѣльныхъ случаевъ ретрофлексіи въ частности.

Операція Alexander'a умѣстна лишь въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ матка вполнѣ подвижна.

Напротивъ, вскрытіе брюшной полости, предпринимаемое для вентрофиксаціи, даетъ намъ возможность раздѣлить существующія брюшинныя сращения и такимъ образомъ позволяетъ исправлять ноложеніе и неподвижной, благодаря сращениямъ, матки. Поэтому вентрофиксація показывается преимущественно при фиксированной ретрофлексіи матки. Раздѣлять сращения, если они тонки, можно тупо — при помощи пальца, или при помощи губки, насаженной на корнцангъ; если же сращения объемисты, — приходится прибѣгать къ термокаутеру. Лишь очень крѣпкіе сосудистые тяжи приходится перерѣзывать ножницами, между двухъ лигатуръ. При операціи никогда не слѣдуетъ ограничиваться лишь освобожденіемъ отъ сросшей матки, а главное значеніе слѣдуетъ придавать освобожденію придатковъ: именно около этихъ-то послѣднихъ и располагаются самыя обширныя и крѣпкія брюшинныя сращения, большею частию обзаванныя своимъ возникновеніемъ восходящей гонорреѣ. Обычно прочіе всего бываютъ сросшены — трубы съ ихъ брюшинными концами въ глубинѣ таза, а яичники — съ заднимъ листкомъ широкихъ связокъ. Когда придатки будутъ совершенно освобождены отъ сращеній, ихъ слѣдуетъ тщательно осмотрѣть; при этомъ, если бахромчатые концы трубъ окажутся зарощенными, — ихъ надо вскрыть термокаутеромъ, а кровотокащія сосуды перевязать. Содержимое зарощенныхъ трубъ слѣдуетъ подвергнуть микроскопическому изслѣдованію, результатами котораго и надо руководствоваться въ дальнѣйшемъ (см. главу XV). Если придатки послѣ освобожденія отъ сращеній окажутся здоровыми, то ихъ слѣдуетъ оставить; если же они окажутся тяжело пораженными, если, напр., у больной окажется ruovagium, или въ трубахъ будетъ встрѣченъ гной, содержащій микробовъ, или при отдѣленіи сращеній яичники будутъ разрушены, — то является показаннымъ удаленіе этихъ органовъ. При этомъ у молодыхъ особъ нужно, если возможно, оставлять хотя-бы кусочки здоровой яичниковой ткани. Большой осторожности требуетъ раздѣленіе кишечныхъ сращеній: если, при этомъ раздѣленіи, поверхность кишки на значительномъ протяженіи окажется лишненною брюшиннаго покрова, то это мѣсто должно быть зашито брюшиннымъ швомъ, если же при отдѣленіи сращеній произойдетъ разрывъ кишки, то его надо тщательно зашить 2-этажнымъ кишечнымъ швомъ.

Послѣ выполненія всѣхъ этихъ требованій нужно позаботиться о тщательной остановкѣ кровотеченія, и лишь послѣ того можно приступать къ фиксированію матки.

Превосходные, правильные говоря, — безупречные результаты, получаемые

1) Еще лучше нашивать сложенные вдвое круглыя связки на задней стѣнкѣ матки, предварительно пропустивъ ихъ черезъ отверстія, продѣланныя въ широкихъ связкахъ подъ трубами, около мѣста отхожденія послѣднихъ отъ матки (операція d' Artigués'a). Примѣнивъ эту операцію въ нѣсколькихъ десяткахъ случаевъ, я убѣдился въ полной ея цѣлесообразности. В. Г.

отъ Alexander-Adam's'овской операціи, при выполненіи ея описаннымъ выше способомъ, подали мнѣ мысль производить ее послѣ предварительнаго отдѣленія сросшеній, т. е. комбинировать ее съ лапаротоміей. Рипрѣ и я пользуемся для этой цѣли моимъ крестообразнымъ надлобковымъ разрѣзомъ, продолжая разрѣзъ кожи и подкожной клетчатки до наружныхъ отверстій паховыхъ каналовъ и переходя, послѣ Alexander-Adam's'овской операціи, къ чревосѣченію. Менѣе выгодно пользоваться, — согласно предложенію нѣкоторыхъ авторовъ (W ert h), — разрѣзомъ Pfannenstie'l'a, продолжая его опять-таки до паховыхъ каналовъ, которые при этомъ вскрываются посредніиъ. Правда, при этомъ круглыя связки отыскиваются очень легко, но, какъ я уже сказалъ, принципиальнаго вскрытія паховыхъ каналовъ при операціи Alexander-Adam's'a слѣдуетъ по возможности избѣгать; а это и достигается при моемъ способѣ.

Въ противоположность вентрофиксаціи, примѣняемый при рукавномъ пришиваніи матки разрѣзъ брюшной полости со стороны влагалища не позволяетъ съ такимъ удобствомъ разсмотрѣть соотношенія тазовыхъ органовъ, какъ это возможно черезъ брюшную рану. Все то, что при вентрофиксаціи дѣлается, подъ контролемъ глаза, вѣрно, чисто и совершенно, — черезъ узкій рукавный разрѣзъ можно выполнить лишь ошупью, беспорядочно и несовершенно, даже если переднюю колытомію сдѣлать по возможности широко, или присоединить къ ней вскрытіе задняго Douglas'ова кармана и отсюда раздѣлить сросшенія тупымъ путемъ, или, — какъ я иногда дѣлаю, — провести срединный, не доходящій до полости матки, разрѣзъ маточнаго дна, дабы сдѣлать матку болѣе подвижною. Вся операція, по сравненію съ брюшной, является источною. Отсюда выходитъ, что вагинофиксацію принципиально слѣдуетъ производить лишь при подвижной маткѣ; если же у больной имѣются въ тазу сросшенія, или придатки представляются подозрительными, — надо предпочесть брюшное чревосѣченіе.

Кромѣ того, при выборѣ метода оперативнаго леченія ретрофлексіи слѣдуетъ принимать въ расчетъ возрастъ больныхъ и ихъ способность къ зачатію. Уже а priori вѣроятно, что оперативная фиксація матки впереди можетъ затруднять ростъ матки при послѣдующей беремености и мѣшать правильному теченію послѣдней. Опытъ показалъ въ этомъ отношеніи слѣдующее: если тѣло матки фиксировано впереди, то, съ одной стороны, мѣсто фиксаціи не принимаетъ надлежащаго участія въ присутствіи беремености гиперплазіи, а съ другой — оно не можетъ нормальнымъ образомъ подниматься въ верхніе отдѣлы живота. Обѣ эти неправильности бывають выражены тѣмъ рѣзче, чѣмъ значительнѣе поверхность фиксаціи, и чѣмъ ближе мѣсто фиксаціи лежитъ ко дну матки. При беремености плодывѣстнилице развивается преимущественно изъ нефиксированныхъ заднихъ частей маточной стѣнки. Результатомъ этого являютя — значительное растяженіе и истонченіе задней маточной стѣнки, особенно въ нижнихъ ея отдѣлахъ, неправильная форма плодывѣстнилицы и вслѣдствіе послѣдняго обстоятельства — неправильное положеніе (косое или поперечное) плода. Если, благодаря этому, уже во время беремености дѣло доходитъ до тяжелыхъ явленій, — иногда невыносимыхъ болей, а иногда до преждевременнаго прерыванія беремености, то наиболѣе тяжелыя разстройства наступаютъ, послѣ разбираемыхъ операцій, при родахъ, будучи обусловливаемы неправильнымъ положеніемъ portio'nis vaginalis далеко сзади и зачастую надъ тазомъ, — неправильными положеніями плода, — аномаліями родовой дѣятельности въ зависимости отъ неправильной формы матки и опасностью разрыва матки въ области задней стѣнки; такіе разрывы въ подобныхъ случаяхъ и были наблюдаемы.

Въ тяжелыхъ случаяхъ подобнаго рода для окончанія родовъ зачастую приходится прибѣгать къ метрейризу. Если послѣдній не привелъ къ цѣли, или отъ него съ самаго начала пришлось отказаться, то въ рядѣ случаевъ дало успѣхъ влагалищное кесарское сѣченіе. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ приходилось прибѣгать и къ классическому кесарскому сѣченію; такъ, напр., мнѣ пришлось сдѣлать послѣднее въ 2 подобныхъ случаяхъ.

Самыя тяжелыя, угрожающія жизни разстройства наблюдаются послѣ широко произведенной вагинофиксаціи.

Слабѣ бывають выражены эти разстройства, если мѣсто фиксаціи необширно и вслѣдствіе этого растяжимо, почему ростъ матки не встрѣчаетъ препятствій.

Отсюда — вентрофиксація вызываетъ лишь незначительныя разстройства, если матка фиксирована нешироко, и совсѣмъ ничтожныя, — если будетъ пришито не самое тѣло матки, а roga послѣдней (O l s h a u s e n).

Если вагинофиксація сдѣлана тотчасъ надъ внутреннимъ зѣвомъ, или матка

фиксирована къ пузырю, то послѣдующія беременности могутъ также протекать совершенно безъ помѣхи.

Иногда, впрочемъ, беременность даже послѣ широкой фиксаціи матки къ брюшнымъ стѣнкамъ или рукаву протекаетъ нормально.

Операция Alexander-Adams'a не нарушаетъ способности матки, при наступленіи беременности, нормально расти и растягиваться.

Изъ сказаннаго вытекаетъ правило, что у женщинъ, способныхъ къ зачатію, нельзя предпринимать вагинофиксаціи, а можно дѣлать лишь венетрофиксацію. — притомъ неширокую или не захватывающую самой матки, равно какъ и операцию Alexander-Adams'a; вагинофиксацію же можно производить лишь у женщинъ, находящихся въ климактерическомъ возрастѣ или по другимъ причинамъ неспособныхъ къ зачатію.

Если у женщины, способной къ зачатію, по какимъ-либо причинамъ произведена широкая фиксація матки кне-реди, то одновременно у такой больной слѣдуетъ резецировать трубы и обшить культи ихъ брюшиной (стерилизація), дабы женщина была гарантирована противъ наступленія беременности.

Наконецъ, иногда приходится, при наклоненіяхъ и перегибахъ матки кзади, прибѣгать къ влагалищной экстирпациі органа. Операцию эту позволительно дѣлать лишь у особъ климактерическаго возраста, причемъ показаніемъ къ ней у такихъ женщинъ служатъ значительныя разстройства или сильныя маточныя кровотечения. Успѣхъ фиксирующей операціи здѣсь можетъ показаться сомнительнымъ. Это бываетъ особенно въ случаяхъ фиксированной ретрофлексіи, осложненной сильнымъ эндометритомъ и метритомъ. Въ подобныхъ случаяхъ нужно принять въ разчетъ, что экстирпация матки — операция не болѣе тяжелая, чѣмъ венетрофиксація съ освобожденіемъ придатковъ и ихъ исправленіемъ.

Резюмируя все, что сказано относительно леченія ретроверзио-флексіи, мы приходимъ къ слѣдующимъ выводамъ.

Неосложненныя ретроверзио-флексіи лучше всего лечить ортопедически. Если же больная чувствуетъ отвращеніе къ такому леченію, если оно ей наскучило, если она не можетъ въ это время соблюдать надлежащія мѣры, или если влагалище непригодно для того, чтобы носить пессарій, вследствие-ли своей короткости, или вследствие рубцовъ, которые могутъ быть вызваны самимъ пессаріемъ, то слѣдуетъ прибѣгнуть въ операціи Alexander-Adams'a; операция эта пригодна и для дѣвицъ, и для женщинъ уже рожавшихъ, причемъ у первыхъ она тѣмъ болѣе можетъ уже замѣнить леченіе пессаріями, что при ней щадится цѣлость гимена. Устраненіе поврежденій промежности и влагалищной части, если таковое необходимо, должно быть предпринимаемо одновременно съ этой операціей.

Если, далѣе, женщина находится въ климактерическомъ возрастѣ, то въ этомъ случаѣ удобнѣе прибѣгнуть къ вагинофиксаціи, которая производится скорѣе и легче можетъ быть соединена съ

пластическимъ возстановленіемъ дѣлости промежности и влагалищной части.

Если, затѣмъ, мы имѣемъ дѣло съ фиксированной ретрофлексіей, то здѣсь можно сначала раздѣлить срощенія по Schultz<sup>1)</sup>, затѣмъ примѣнить лечение пессаріями. Когда же способъ Schultze не даетъ сразу удовлетворительныхъ результатовъ, когда мы не знаемъ навѣрно, не осталось-ли у больной еще срощеній, хотя-бы и растянутыхъ, и когда одновременно съ ретрофлексіей имѣется на лицо увеличеніе придатковъ, то можно или повторить нѣсколько разъ отдѣленіе по способу Schultze, или прибѣгнуть къ систематическому примѣненію массажа, чтобы уже затѣмъ при помощи пессаріевъ удержать матку въ нормальномъ положеніи и при помощи гидротерапевтическаго леченія устранить хроническое воспаленіе придатковъ. Я лично, однако, предпочитаю въ подобныхъ случаяхъ оперативный путь: сдѣлавъ чрезвѣстное, пузно тщательно отдѣлить все срощенія, исправить положеніе придатковъ, раскрыть зарощенныя трубы, удалить черезчуръ измѣненные органы и произвести или вентрофиксацію матки, или операцію *Alexandra-Adams'a*.

Точно такимъ же образомъ нужно поступать и въ случаяхъ, гдѣ отдѣленіе по способу Schultze и массажъ не даютъ никакихъ результатовъ.

Если, далѣе, при фиксированной ретрофлексіи матки у женщины, находящейся въ климактерическомъ возрастѣ, покажется оперативное вмѣшательство, то вѣрнѣе всего будетъ прибѣгнуть къ полной экстирпации матки *per vaginam*, каковая операція является здѣсь зачастую самою удобною.

Наконецъ, слѣдуетъ помнить, что, если путемъ механическаго леченія ретроверзии-флексіи намъ и удалось достигнуть правильнаго положенія матки, то больныя въ большинствѣ случаевъ далеко не сразу избавляются отъ всѣхъ своихъ разстройствъ. Послѣдствія ретрофлексіи, а именно, нервные припадки, малокровіе, запоры и т. п., требуютъ дальнѣйшаго тщательнаго леченія. То же самое слѣдуетъ сказать иногда и относительно разстройствъ кровообращенія и воспаленій въ тазу. По этому вопросу мы отсылаемъ читателей къ главамъ о метритѣ, параметритѣ и периметритѣ.

**Беременность при ретроверзии-флексіи** Если наклонная или перегнутая къзади матка забеременѣетъ, то, по крайней мѣрѣ сначала, она сохраняетъ свое правильное положеніе. При дальнѣйшемъ теченіи беременности возможенъ цѣлый рядъ исходовъ: во-первыхъ, матка можетъ сама собою выправиться, благодаря своему росту и влекущему дѣйствию круглыхъ связокъ; во-вторыхъ, самопроизвольнаго исправленія можетъ не произойти, и тогда наступаетъ или выкидышъ, — обыкновенно на второмъ или третьемъ мѣсяцѣ, — или ущемленіе матки, ведущее къ невозможности опорожненія пузыря (*ischuria paradoxa*) и къ сдавленію прямой кишки.

Ущемленіе проявляется различнымъ образомъ въ зависимости отъ того, имѣеть-ли оно мѣсто при ретрофлексіи, или ретроверзии. При ретрофлексіи угрожающіе симптомы наступаютъ раньше (на 12-й недѣлѣ), чѣмъ при ретроверзии (на 14-й недѣлѣ и позже); далѣе, при ретрофлексіи зачастую бурно развиваются припадки со стороны пузыря, тогда какъ при ретроверзии на первый планъ болѣе выступаютъ явленія сдавленія прямой кишки, пузырьныя же разстройства, по крайней мѣрѣ въ первое время, бывають выражены менѣе рѣзко.

1) См. объ этомъ способѣ мое примѣчаніе на стр. 134. В. Г.

Вызываемый ущемлением тяжелый цистит зачастую довольно быстро может привести к омертвлению пузырной стѣнки и принять опасный для жизни характеръ. Явленія ileus'a, напротивъ, наблюдаются при этомъ рѣдко.

Помимо указанныхъ исходовъ, ретроверзія-флексія беременной матки можетъ привести къ тому состоянію, которое извѣстно въ болѣе поздніе мѣсяцы беременности подъ названіемъ *retroflexio uteri gravidi partialis*, и при которомъ влагалищная часть смѣщена кпереди и кверху, тогда какъ сзади находится сегментъ беременной матки, фиксированный въ тазу.

Состояніе это еще недостаточно выяснено ни на секціонномъ матеріалѣ, ни при живыхъ изслѣдованіяхъ. По моему, здѣсь все дѣло кроется въ периметритическихъ срощеніяхъ задней маточной стѣнки; благодаря этимъ срощеніямъ, задняя стѣнка матки не принимаетъ участія въ гипертрофіи матки, и плодовместилище развивается преимущественно насчетъ передней стѣнки. И при этомъ состояніи у больныхъ могутъ развиваться тяжелыя страданія пузыря, вплоть до омертвѣнія послѣдняго.

Діагнозъ ставится на основаніи анамнестическихъ данныхъ и данныхъ бимануального изслѣдованія. Въ первые мѣсяцы ретроверзію-флексію беременной матки можно смѣшать съ внѣматочною беременностью и лежащими въ тазу позади матки опухолями — яичниковыми и миомами матки. Для отличія надо прибѣгать къ тщательной пальпации, — въ случаѣ нужды подъ наркозомъ.

Терапія ретроверзіи-флексіи беременной матки должна заключаться въ своевременномъ выправленіи матки. Въ первые мѣсяцы беременности надо непременно выправить матку, — въ случаѣ нужды, подъ наркозомъ или въ колѣбнолоктевомъ положеніи больной. Со стороны врача будетъ преступнымъ легкомысліемъ не сдѣлать попытки къ выправленію въ надеждѣ на самопроизвольное исправленіе положенія матки. Когда выправленіе удалось, въ рукавъ вводятъ лессарій, удаляемый самое позднее на 20-й недѣлѣ.

Если выправленіе матки не удалось, и начинаютъ развиваться явленія ущемленія, — ишурия, циститъ, некрозъ пузыря, — то обыкновенно считается необходимымъ, наряду съ соответственнымъ леченіемъ пузыря (при тяжеломъ циститѣ можетъ возникнуть вопросъ о высокому или рукавномъ сѣченіи пузыря), вызвать выкидышъ. Послѣдній производится путемъ расширенія шейки и вычерпыванія плоднаго яйца. Если, благодаря высокому стоянію влагалищной части, врачу не удается добраться до нея, то считается показаннымъ проколъ матки или со стороны задняго свода, или чрезъ переднюю стѣнку прямой кишки. Въ отдѣльныхъ случаяхъ практировалось также разсѣченіе задней маточной стѣнки и ручное удаленіе яйца чрезъ разрѣзъ.

Тѣ же самые приемы пускаются въ ходъ и при частичной ретрофлексіи беременной матки въ болѣе поздніе мѣсяцы беременности, если это состояніе ведетъ къ явленіямъ ущемленія, особенно со стороны пузыря.

Цѣлью всѣхъ этихъ способовъ вмѣшательства служить — ради сохраненія мочевого пузыря, т. е. дабы сдѣлать возможнымъ излеченіе его отъ тяжелаго заболѣванія, устранить причину послѣдняго, именно, беременность въ наклоненной или перегнутой кзади маткѣ.

Мой взглядъ на это дѣло — принципиально иной. Я исхожу изъ того соображенія, что никакое средство не можетъ такъ гарантировать излеченіе тяжело пораженнаго пузыря, какъ правильное положеніе матки. Это относится и къ беременной маткѣ. Поэтому, если выправленіе матки обычными способами не удается, — его слѣдуетъ достигнуть оперативнымъ путемъ, какъ это дѣлаютъ при небеременной маткѣ. Иначе говоря, если ретрофлектированную беременную матку не удается перевести въ правильное положеніе ручными способами, то надо сдѣлать чревосѣченіе, раздѣлить срощенія, — если таковыя есть, затѣмъ выправить матку, но не пришивать ее къ передней брюшной стѣнкѣ, а лишь вставить недѣли на 2 пессарій въ рукавъ. При операціи слѣдуетъ соблюдать ту предосторожность, чтобы проводить брюшной разрѣзъ повыше, въ области пупка, — иначе можно поранить высоко поднятый пузырь. За такой способъ дѣйствія, кромѣ меня, высказываются въ настоящее время и другіе операторы.

Въ будущемъ описанный *modus agendi* долженъ сдѣлаться правиломъ. Съ-  
ченіе пузыря и производство выкидыша при разбираемомъ страданіи должны  
примѣняться въ видѣ исключенія, при наличности специальныхъ показаній. То  
обстоятельство, что пузырь боленъ, само по себѣ не служитъ еще показаніемъ къ  
съченію пузыря и аборту. Еще разъ подчеркну, что при ретроверзии-флексіи бере-  
менной матки нѣтъ лучшихъ средствъ вѣрнѣе и скорѣе вылечить пузырь, какъ  
выправление матки и удержаніе ея въ правильномъ положеніи.

—

akusher-lib.ru



## Глава IX.

### Выпадение матки и влагалища.

Otto Küstner'a.

Подъ выпадениемъ (prolapsus) не-врачи понимаютъ обычно такое болѣзненное состояніе, которое представляется на первый взглядъ, какъ выходженіе наружу, чрезъ половую щель, внутреннихъ половыхъ органовъ. Такой діагнозъ, который больныя обыкновенно ставятъ сами, очень часто бываетъ ошибоченъ: нерѣдко у женщинъ, явившихся съ жалобой на «выпаденіе», можно встрѣтить на самомъ дѣлѣ опухоли матки, вышедшія изъ вульвы, опухоли влагалища и даже опухоли наружныхъ половыхъ частей.

Въ гинекологіи различаютъ выпаденіе двухъ родовъ: выпаденіе влагалища — *prolapsus vaginae* и выпаденіе матки — *prolapsus uteri*.

Выпаденіе влагалища можетъ быть обусловлено различными причинами. Весьма часто оно является частнымъ проявленіемъ и послѣдствіемъ ретроверзій-флексіи матки.



Рис. 127. Міома шейки, вышедшая наружу черезъ кольцо Мауегъ, вставленное акушеркой противъ мнимого выпаденія. Опухоль и кольцо вытянуты изъ половой щели съ сохраненіемъ ихъ относительнаго положенія. Больной 41 годъ. Уже 9 мѣсяцевъ она страдала кровотеченіями. Ампутація опухоли. (Кühne, Küstner-Neisserовскій стереоскопическій атласъ).

Какъ мы уже указали въ предыдущей главѣ, въ большинствѣ случаевъ ретроверзій-флексіи влагалищная часть стоитъ на нѣсколько сантиметровъ глубже и ближе къ вульвѣ, чѣмъ обыкновенно. Вслѣдствіе этого та же самая слизистая оболочка, которая при нормальныхъ условіяхъ была достаточна, чтобы выстлать рукавную трубку отъ 8 до 10 сант. длиною, должна теперь выстлать влагалище, имѣющее въ длину всего отъ 4 до 6 сантиметровъ. Лишніе 4 сантиметра мукосы собираются въ складку, которая лежитъ въ вульвѣ или передъ ней, — это и есть *prolapsus vaginae*. Величина выпаденія влага-

лица при ретроверзии пропорциональна глубинѣ стоянія матки. Обычно въ выпаденіи принимаетъ участіе лишь передняя рукавная стѣнка; задняя слѣдуетъ за нею только тогда, когда уже portio vaginalis выступаетъ наружу, т. е. когда идетъ рѣчь уже о выпаденіи матки. Этого рода выпаденія рукава представляютъ наибольшую важность. Если при нихъ не будетъ своевременно предпринято врачебное вмѣшательство, то они могутъ повлечь за собою постепенно выпаденіе матки. Наблюденія показываютъ, что именно эта форма выпаденія рукава предшествуетъ большей части выпаденій матки. Лечение должно быть направлено на устраненіе ретровер-



Рис 128. Prolapsus vaginae anterior et posterior. Выпаденіе захватываетъ главнымъ образомъ переднюю влагалищную стѣнку. Изъ задней стѣнки выпадаетъ наружу лишь самый нижній участокъ colpuae vaginalis posterioris, вслѣдствіе имѣющагося одновременно частичнаго промежностнаго дефекта. Матка находится въ среднемъ положеніи между антеверзіей и ретроверзіей. Больная 38 л., рожавшая 4 раза. Perineoplastica, пессарій, выздоровленіе

зіи. Въ большинствѣ случаевъ для полнаго излеченія достаточно лишь репонировать матку и вставить пессарій. При этомъ для подобныхъ случаевъ слѣдуетъ брать пессаріи нѣсколько больше и шире, чѣмъ обыкновенно; это необходимо для того, чтобы удержать внутри таза отечную, гипертрофированную влагалищную стѣнку, которая подвергалась значительному растяженію, находясь снаружи. Для ускоренія обратнаго развитія сочной слизистой оболочки можно прибѣгнуть къ холоднымъ ирригаціямъ съ примѣсью вяжущихъ средствъ. Съ другой стороны, выпаденія указанной формы являются весьма благодарными объектами оперативной терапіи. У мо-

лодых особъ слѣдуетъ въ подобныхъ случаяхъ дѣлать операцію Alexander-Adam's'a или же вентрофиксацію, а у болѣе пожилыхъ — вагинофиксацію. У первыхъ, кромѣ того, слѣдуетъ присоединять къ операциі переднюю кольпоррафію съ устраненіемъ cystocele, у вторыхъ — удалять излишнюю часть влагалищной стѣнки.

Вторую группу выпаденій влагалища мы наблюдаемъ при неполныхъ, рѣже при полныхъ разрывахъ промежности. Если разорвана большая часть промежности, то нижній конец *columnae rugarum posterioris* вдаётся обыкновенно въ вульву, а часто даже выдвигается изъ послѣдней (*prolapsus vaginae posterior*). То же самое бываетъ съ той частью передней влагалищной стѣнки, которая будучи въ нормальныхъ условіяхъ поддерживаема уздечкой, лежитъ во влагалищѣ (*prolapsus vaginae anterior*). Если одновременно съ неполнымъ разрывомъ промежности нѣтъ на лицо ретрофлексіи, то, хотя выпаденіе рукава и можетъ сдѣлаться очень значительнымъ, оно никогда не ведеть, однако, къ выпаденію матки. Если же, — какъ это часто бываетъ, — ретрофлексія соединена съ неполнымъ разрывомъ промежности, то создаются благоприятныя условія для одновременнаго возникновенія и выпаденія матки.

То обстоятельство, чтъ полный разрывъ промежности обуславливаетъ собою выпаденіе влагалища гораздо рѣже, чѣмъ неполный, зависитъ отъ большей ригидности болѣе значительнаго рубца.

Терапія этой категоріи влагалищныхъ выпаденій должна состоять въ восстановленіи цѣлости промежности (см. главу V и VI).



Рис. 129. Prolapsus vaginae posterior, rectocele и одновременный перегибъ матки кзади. Больная 51 г., рожавшая 6 разъ; послѣдніе роды 12 лѣтъ тому назадъ. Съ этого времени у нея начало что-то выходитъ изъ половой щели. Мѣсячныя начинаютъ прекращаться. Вслѣдствіе выпаденія пациентка сдѣлалась менѣе способной къ труду. Вагинофиксація. Задняя кольпоррафія съ отдѣленіемъ и зашиваніемъ стѣнки прямой кишки. Полный успѣхъ. (Bertholdt, Küstner-Neisser'овскій стереоскопическій атласъ).

Наконецъ, мы наблюдаемъ влагалищныя выпаденія, какъ результатъ недостаточной инволюціи матки въ послѣродовомъ періодѣ. Выпаденія этого вида встрѣчаются всего рѣже. Они также не ведутъ къ выпаденіемъ матки, если только послѣдняя не ретровертирована. Задача терапіи въ случаяхъ этого рода состоитъ въ томъ, чтобы вызвать инволюцію гипертрофированной слизистой оболочки влагалища при помощи холодныхъ или вязушихъ ирригацій и массажа; можно также удержать стѣнку влагалища при помощи большого пессарія или же резецировать излишекъ ея (*colporrhaphia*).

Какъ уже было сказано выше, *prolapsus uteri* представляетъ собою выпаденіе наружу, черезъ половую щель, или всей матки, или только нижней ея части, причемъ такое положеніе матки является кульминаціонной стадіей и конечнымъ результатомъ ретроверзіи-флексіи. Происходитъ это слѣдующимъ образомъ:

Давленіе, подъ которымъ находятся отдѣльные органы брюшной полости, — такъ наз. внутрибрюшное давленіе, — не представляетъ изъ себя величины постоянной: оно зависитъ отъ того положенія, въ которомъ находится человекъ.

Такъ, у стоящей женщины дѣйствующее на органы малаго таза давленіе равняется 40 сантиметрамъ водяного столба, т. е. почти равно столбу воды, котораго высота соотвѣтствуетъ разстоянію отъ тазоваго дна до свода грудобрюшной пре-

грады. Если, даѣе, женщина ложится на спину, то давление уменьшается до 15 сантиметровъ, т. е. становится равнымъ столбу воды, простирающемуся отъ тазового дна до брюшной стѣнки, а при колѣнно-локтевомъ положеніи оно становится отрицательнымъ.

Это доказывається слѣдующимъ простымъ опытомъ: наполняютъ ампулу гестіу какой-нибудь особы водою или вкладываютъ туда пузырь съ тонкими неэластичными стѣнками, наполненный водою; пузырь этотъ соединяютъ, при помощи резиновой трубочки, съ вертикальной стеклянной трубкой (водяной манометръ); при первомъ же изъ указанныхъ способовъ можно открытый конецъ резиновой трубки ввести прямо въ ампулу прямой кишки. Затѣмъ данную особу заставляютъ принимать различныя положенія, — стоячее, лежащее на спинѣ и колѣнно-локтевое, — и замѣчаютъ, какъ высоко стоитъ уровень воды надъ заднепроходнымъ отверстиемъ. — въ то время, когда вода поступаетъ въ манометръ изъ прямой кишки, когда вода уходитъ въ прямую кишку, и когда, наконецъ, устанавливается равновѣсіе. Последнее наступаетъ при условіяхъ, указанныхъ выше.

Точно такимъ же образомъ можно показать, какое огромное вліяніе оказываетъ работа брюшного пресса на внутрибрюшное давление; если испытуемый субъектъ станетъ напрягать брюшную прессу, то уровень воды въ трубкѣ тотчасъ значительно повышается.

При нормальномъ положеніи матки, внутрибрюшное давление или, точнѣе говоря, его произвольное усиленіе служитъ подспорьемъ для фиксирующаго аппарата матки, благодаря тому, что оно дѣйствуетъ исключительно на верхнюю стѣнку матки. Если же матка лежитъ къ ретроверзии-флексіи, то получается совершенно противоположное явленіе: точкой приложенія силы внутрибрюшного давления является теперь та стѣнка матки, которая обыкновенно обращена книзу, и маточное дно. Благодаря этому, давление даже во время покойнаго положенія тѣла все болѣе и болѣе ретровертируетъ органъ и выпираетъ его изъ таза. То же самое происходитъ при всякомъ напряженіи брюшного пресса, напр. во время мочеиспусканія, при дефекаціи, при подниманіи тяжестей, крикѣ, пѣніи и т. п. Такимъ образомъ, на неправильно лежащую матку оказываетъ вредное вліяніе какъ работа брюшного пресса, такъ и его покой. Связочный аппаратъ матки, являющійся и такъ уже недостаточнымъ, подается при этомъ еще болѣе; вспомогательные аппараты: тазовая фасція, брюшинный покровъ матки, сосуды, идущіе къ маткѣ отъ стѣнокъ таза, и соединительно-тканые тяжи, которые при другихъ условіяхъ могли бы удерживать органъ если и не въ нормальномъ положеніи, то, по крайней мѣрѣ, на нормальной его высотѣ въ тазу, — не могутъ болѣе удерживать матки, разъ она выведена изъ нормальнаго положенія. Въ результатѣ матка постепенно выходитъ изъ таза, какъ внутриутробный плодъ при родахъ. Какъ скоро это происходитъ, — это зависитъ главнымъ образомъ отъ благоприятствующихъ выпаденію условій. Особенно быстро развивается выпаденіе у тѣхъ женщинъ, занятія которыхъ сопряжены съ частымъ и продолжительнымъ усиленіемъ внутрибрюшного давления, т. е. у женщинъ рабочаго класса. Кромѣ того, женщины этого класса обыкновенно не обращаются къ врачебной помощи по поводу небольшихъ, сравнительно, стра-



Рис. 130. Атипическая форма выпаденія матки. Влагалищная часть и передняя влагалищная стѣнка выпали; кромѣ того имѣется выпаденіе задней влагалищной стѣнки, вмѣстѣ съ гестосе, почти вплоть до задняго влагалищнаго свода. Выпаденіе задней влагалищной стѣнки и проляпсѣ матки съ передней влагалищной стѣнкой въ этомъ случаѣ генетически не зависятъ другъ отъ друга. Больная 45 лѣтъ, родила пять разъ, послѣдній разъ 9 лѣтъ тому назадъ. Послѣдній послѣродовой періодъ протекалъ съ лихорадочнымъ пониженіемъ температуры. Послѣ этого у нея образовался проляпсѣ, который, однако, по словамъ пациентки, исправился самопроизвольно. Теперь, десять дней тому назадъ, образовалось новое выпаденіе матки. Кромѣ того появились затрудненія при мочеиспусканіи. Мѣсячныя отсутствуютъ. Былъ поставленъ діагнозъ ретрофлексіи беременной матки, матка исправлена, и вставленъ на 3 мѣсяца пессарій Smith'a (Kleinmann, Küstner-Neisserовскій стереоскопическій атласъ).

даній, небольшого усиленія мѣсячныхъ и нервныхъ симптомовъ, которыми проявляются ретрофлексія. Последняя не исправляется своевременно, дѣйствіе благо-

пріятствующихъ выпаденію условій продолжается, и больныя поступаютъ подѣ наблюденію врача лишь тогда, когда дѣло дошло уже до выпаденія матки. Таковъ обыкновенный ходъ возникновенія маточнаго проляпса.

Изучая маточныя выпаденія, находящіяся въ различныхъ стадіяхъ своего развитія, можно замѣтить, что даже при самыхъ незначительныхъ степеняхъ выпаденія передняя влагалищная стѣнка принимаетъ участіе въ этомъ процессѣ почти всегда *in toto*, т. е., если даже одна влагалищная часть матки выдается изъ половой щели, то, по большей части, внѣ послѣдней оказывается и вся передняя рукавная стѣнка. При различныхъ степеняхъ выпаденія матки неодинаковымъ является лишь участіе въ процессѣ боковыхъ и задней влагалищныхъ стѣнокъ. При самыхъ незначительныхъ степеняхъ снаружи находятся лишь тѣ части этихъ стѣнокъ, которыя лежатъ въ непосредственномъ сосѣдствѣ съ *portio vaginalis uteri*; при высшихъ же степеняхъ выпаденія мы находимъ на своемъ мѣстѣ, непосредственно за уздечкой, лишь весьма незначительную часть рукавной стѣнки.

Если, далѣе, мы станемъ слѣдить за постепеннымъ развитіемъ выпаденія матки у какой-нибудь больной, — что, впрочемъ, возможно лишь въ рѣдкихъ случаяхъ, вслѣдствіе необходимости лечебнаго вмѣшательства, — то замѣтимъ, что передняя стѣнка рукава оказывается уже значительно выпавшею даже тогда, когда влагалищная часть находится еще сзади отъ *constrictor cunni*, хотя и въ непосредственной близости его; задняя же и боковыя стѣнки обыкновенно лежатъ еще кнутри отъ входа во влагалище. Дальнѣйшее увеличеніе выпаденія происходитъ оттого, что *portio vaginalis* и сосѣднія съ нею части задней и боковыхъ влагалищныхъ стѣнокъ опускаются и выдаются наружу. Если мы попробуемъ вправить проляпсъ при значительномъ его развитіи и потомъ заставимъ больную работать брюшнымъ прессомъ, что опять вызоветъ выпаденіе матки, то сначала выйдетъ наружу передняя влагалищная стѣнка вмѣстѣ въ влагалищной частью и только затѣмъ остальные части стѣнокъ рукава.

Исключеніе изъ изложеннаго правила составляютъ случаи, наблюдаемые нерѣдко у женщинъ нерожавшихъ и у дѣвицъ, вообще у особъ съ упругими стѣнками влагалища. Какъ при непроизвольномъ выпаденіи, такъ и тогда, когда мы вызываемъ послѣднее произвольно, заставляя больную напрягать брюшную прессу, — въ этихъ случаяхъ обычно выходитъ наружу первую не передняя влагалищная стѣнка, а влагалищная часть, и только вслѣдъ за ней и упругая передняя стѣнка рукава, по крайней мѣрѣ цѣликомъ.

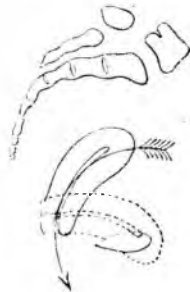


Рис. 131. Рисунокъ этотъ показываетъ, что нормально лежащая матка (изображена пунктиромъ) въ этомъ положеніи никогда не можетъ выпасть, но что она, дабы выйти изъ таза, должна предварительно лечь въ ретроверзію. При этомъ, чѣмъ ниже опускается матка, тѣмъ сильнѣе будетъ ретроверзія-флексія ея.

Неособенно рѣдко мы находимъ, при проляпсахъ у нежовавшихъ особъ, что соотвѣствующая Douglas'ову карману часть задней рукавной стѣнки выпадаетъ чрезвычайно значительно, иногда даже значительнѣе, чѣмъ влагалищная часть матки. Отсюда можно думать, что чрезмѣрная глубина задняго Douglas'ова пространства, представляющая одно изъ проявленій инфантилизма, особенно предрасполагаетъ къ развитію проляпса. Тоже самое слѣдуетъ замѣтить и о чрезмѣрной глубинѣ *excavationis vesico-uterinae* (Sellheim, Küstner).

Наблюденіе, что при возникновеніи и рецидивѣ проляпса всегда первую выпадаетъ передняя стѣнка, особенно же тотъ фактъ, что передняя рукавная стѣнка почти постоянно, притомъ *in toto*, принимаетъ участіе въ выпаденіи матки, — заставляютъ думать, что стѣнка эта или ея выпаденіе играютъ огромную роль въ происхожденіи выпаденія матки. Нужно полагать, что, когда передняя влагалищная стѣнка выпячивается наружу, она и соединенный съ нею отдѣлъ мочевого пузыря тянутъ постепенно матку за ея влагалищную часть. Именно такимъ образомъ объясняютъ образованіе маточнаго проляпса В. Fritsch, Veit, Fehling и другіе авторы. Теоретически можно согласиться съ такимъ толкованіемъ механизма выпаденія. Однако въ дѣйствительности дѣло обстоитъ такъ, какъ я изложилъ выше. Въ большинствѣ случаевъ ретроверзія-флексія, являющаяся послѣдствіемъ слабости мускулатуры мезометрія, имѣется на лицо уже въ то время, когда начинаетъ выпадать передняя рукавная стѣнка. Такимъ обра-

зомъ выпаденіе послѣдней является по большей части послѣдствіемъ ретроверзіи. Ретроверзія же, разъ она обусловлена слабостью мускулатуры мезометрія, влечетъ за собою и глубокое стояніе, опусканіе матки. Если при такомъ положеніи матка совершенно выходитъ изъ таза, то это является результатомъ внутрибрюшного давленія, дѣйствующаго на ретровертированную матку. Влеченіе со стороны передней влагалищной стѣнки и соединенное съ выпаденіемъ ея образование cystocele лишь благоприятствуютъ переходу матки отъ ретроверзіи къ проляпсу.

Schultze былъ первымъ основателемъ ученія о томъ, что выпаденіе матки возникаетъ почти всегда изъ ретроверзіи-флексіи, или, другими словами, что выпаденіе матки представляетъ собою конечную стадію того состоянія недостаточности параметральной, паравагинальной и особенно околопузырной ткани, — притомъ не только мускулатуры послѣдней, но также соединительной, эластической, фасціальной и жировой ткани, — котораго начальною стадіей является ретроверзія-флексія. Стало быть, этиология проляпса та же, что и ретроверзіи-флексіи.

Нерѣдко до образованія проляпса матка не находится въ значительной ретроверзіи-флексіи, но тѣмъ не менѣе выходитъ изъ таза, хотя нижняя поверхность маточнаго тѣла никогда не подвергалась внутрибрюшному давленію. Въ подобныхъ случаяхъ выпаденію всегда предшествуетъ стадія, въ которой матка не занимаетъ уже правильнаго положенія, но лежитъ такъ, что влагалищная часть ея стоитъ глубоко, а ось органа проходитъ, въ стоячемъ положеніи женщины, отвѣсно. Подобное положеніе также вполне справедливо можетъ быть названо ретроверзіей.



Рис. 132.

Рис. 132. Выпаденіе у дѣвицы. Значительное cystocele. Сильное выпячиваніе задняго Douglas'ова кармана.



Рис. 133.

Рис. 133. Впаденіе у дѣвицы. Чрезвычайно рѣзко выраженныя фолликулярно-аденоидныя разрозненія вѣкругъ наружнаго зѣва. Cystocele выражено слабо.

Вышеизложенный взглядъ на происхожденіе проляпса раздѣляется далеко не всѣми. Многіе не придаютъ, въ этиологии выпаденія, большаго значенія предварительному перегибу матки кзади и видятъ главную причину проляпса въ слабости тазоваго дна, состоящаго изъ мышцъ, поднимающей заднепроходное отверстіе (levator ani), тазовой фасціи и промежности. Эта слабость, въ свою очередь, можетъ зависѣть отъ родовыхъ поврежденій, значительныхъ разрывовъ промежности

и пороковъ развитія. Halban и Tandler находили, при вскрытіи женщинъ, страдавшихъ проляпсомъ, атрофію мышцъ тазоваго дна. Они думаютъ, что „подобно грыжѣ проляпсъ развивается въ томъ случаѣ, когда hiatus genitalis въ тазовомъ днѣ (щель между перекрещивающимися рукавъ пучками m. levatoris ani) недостаточно закрытъ и образуетъ грыжевыя ворота. Повышенное внутривнутрибрюшное давленіе выпячиваетъ всѣ органы или части органовъ, которые находятся по близости этихъ воротъ, черезъ эти послѣднія наружу“.

Что недостаточность тазоваго дна дѣйствительно играетъ большую роль въ возникновеніи проляпса, — это постоянно признавалось и Schulze, и мною. Во всякомъ случаѣ въ ней надо видѣть моментъ, всегда благоприятствующій возникновенію выпаденія. Что одного этого момента, однако, для происхожденія проляпса недостаточно, — объ этомъ свидѣлствуютъ случаи выпаденія, наблюдаемые у дѣвицъ. Впрочемъ и Tandler и съ Halban'омъ признаютъ, что проляпсъ можетъ развиваться только изъ ретроверзии-флекси<sup>1)</sup>

Первоначально матка выступаетъ изъ половой щели только въ то время, когда брюшной прессъ работаетъ сильнѣе, т. е. днемъ, ночью же выпавшая матка уходитъ по большей части обратно въ рукавъ, что происходитъ или самопроизвольно, или благодаря тому, что больная сама вправляетъ ее. Впослѣдствіи она остается снаружи постоянно, такъ какъ, съ одной стороны, выпавшія части значительно увеличиваются въ объемѣ, что мѣшаетъ имъ вправляться обратно, а съ другой стороны — такъ какъ органы, удерживающіе матку въ тазу, перестаютъ выполнять эту функцію.

Уже въ то время, когда неправильное положеніе матки ограничивается ретроверзіей, перекручиваніе, которому подвергаются связки и проходящія въ нихъ вены, обусловливаетъ застои крови въ маткѣ, а послѣдніе ведутъ за собой катарръ и гиперемію маточной мюкозы и отечное пропитываніе трансудатомъ всего органа. При проляпсѣ дѣйствуютъ тѣ же самые вредные моменты, но въ гораздо большей степени, почему и увеличеніе матки является болѣе рѣзко выраженнымъ.

Отечное пропитываніе матки при проляпсѣ всего рѣзче бываетъ выражено во влагалищной части и непосредственно надъ нею лежащихъ частяхъ шейки. Въ концѣ концовъ это состояніе дѣлается здѣсь хроническимъ, — развивается родъ гипертрофіи указанныхъ частей. Выше влагалищной части шейка представляется обычно крайне удлинненною. Значительное иногда увеличеніе длины полости выпадающей матки (до 12—15 сант. вмѣсто нормальныхъ семи<sup>2)</sup>) происходитъ исключительно насчетъ верхней части шейки. Эта часть является, однако, не отечною, не утолщеною, а, напротивъ, тонкою, — она производитъ впечатлѣніе растянutoй. Можетъ быть, дѣйствительно удлинненіе ея является результатомъ растяженія, ко-

1) Уже изъ того, что сказано авторомъ, читатель можетъ догадаться, что вопросъ о происхожденіи проляпса является далеко не выясненнымъ вполне. Такъ это и есть на самомъ дѣлѣ. Взглядъ Schulze и Küstner'a, согласно которому главную роль въ возникновеніи этой частой аномалии играетъ ретроверзия-флексиа матки, — не болѣе, какъ гипотеза (правда, гипотеза, имѣющая за себя очень многое). Другіе изслѣдователи выдвигаютъ на первый планъ совершенно иные этиологическіе моменты. Очень вѣроятно, что проляпсъ является результатомъ не одного какого-нибудь момента, а взаимодѣйствія, суммированія цѣлаго ряда моментовъ; при этомъ въ однихъ случаяхъ играютъ роль одни моменты, въ другихъ — совершенно иные. В. Г.

2) До какой степени можетъ доходить эта гипертрофія, свидѣлствуетъ случай, описанный Flatau, гдѣ полость выпавшей матки оказалась равною 20 сант. В. Г.

торому подвергается матка вслѣдствіе, съ одной стороны, влеченія ея книзу со стороны тяжелыхъ, отечныхъ выпадающихъ частей, а съ другой — удерживающаго вліянія связокъ. Halban считаетъ удлинненіе верхней части шейки результатомъ внутрибрюшного давленія.



Рис. 134. Матка при проляпсѣ. Шеечная часть органа сильно гипертрофирована вслѣдствіе отека. Длина полости органа въ свѣжемъ видѣ — 12 сантиметровъ. Препаратъ полученъ путемъ экстирпации. Влагалищныя лоскутки, резецированныя вмѣстѣ съ маткой, удалены. Органъ срисованъ послѣ того, какъ онъ два дня пролежалъ въ спиртѣ, вслѣдствіе чего нѣсколько сморщился (смъ случай, описанный на стр. 167).

Въ 60-хъ годахъ прошлаго столѣтія Huguier защищалъ взглядъ совершенно противоположный вышеизложенному. Именно, онъ считалъ гипертрофію матки первичнымъ явленіемъ и видѣлъ въ ней причину проляпса. Взглядъ Huguier далъ терапіи выпаденія совершенно ложное направленіе; этому автору казалось, что леченіе проляпса лишь тогда будетъ успѣшнымъ и радикальнымъ, если прежде всего будетъ укорочена матка. Насколько эта мѣра нерациональна и какъ ошибочна сама теорія Huguier, въ этомъ легко можно убѣдиться при помощи очень простаго опыта: нужно измѣрить зондомъ выпавшую матку, вправить ее и держать ее въ такомъ положеніи двое сутокъ. Если послѣ этого опять измѣрить длину органа, то окажется, что онъ укоротился на нѣсколько сантиметровъ. Уже въ столь короткій промежутокъ времени гипертрофія органа, такимъ образомъ, въ значительной мѣрѣ уменьшается; стало быть, она является преимущественно результатомъ отека и растяженія.

Истинная первичная гипертрофія влагалищной части матки очень рѣдка. Она можетъ быть причиною опущенія и выпаденія матки, такъ какъ уменьшаетъ ея подвижность (см. объ этомъ главу, посвященную метриту).

*Prolapsus uteri totalis* въ истинномъ смыслѣ слова, т. е. такой, при которомъ вся матка находится въ выпавшей и вывороченной вагинѣ, встрѣчается нерѣдко. Это — высшая степень проляпса. Въ подобныхъ случаяхъ матка находится въ мѣшкѣ, образованномъ инвертированнымъ влагалищемъ, и по большей части лежитъ въ ретрофлексіи. Гораздо рѣже находятъ ее антефлектированной, причемъ она бываетъ настолько подвижна, что тѣло ея оказывается то спереди, то сзади; въ подобныхъ случаяхъ тѣло идетъ о патологической глубинѣ пупырочно-маточнаго кармана, каковая глубина служить однимъ изъ проявленій инфантилизма.



Рис. 135. Медиальный разрѣзъ чрезъ женскій тазъ при полномъ выпаденіи [матки]. (Препаратъ изъ коллекціи гинекологической клиники въ Бреславлѣ, описанный Spiegelberg'омъ въ Archiv f. Gynäkologie, XIII). а — Кистовидно растянутая лѣвая труба, б — гнойно инфильтрированная лѣвая широкая связка, с — прямая кишка въ разрѣзѣ, d — сосуды, е — anus, f — perineum, g — выпавшая лѣвая влагалищная стѣнка, h — cavum Douglasii съ фибринозными наслоеніями, i — полость матки, попавшая въ разрѣзъ лѣвой своей частью, k — fundus uteri, l — облитерированная маточная шейка, m — excavatio vesico-uterina съ брюшными сращениями и гнойными гнѣздами, n — выпавшая лѣвая стѣнка рукава, o — уретра, p — cystocele. Больная 56 лѣтъ, поступила въ клинику 17.V 1871 г., умерла 27.V. (Küstner, „Аномалия положенія матки“ въ руководствѣ Veit'a).

Если, при полномъ проляпсѣ, взглянуть на органы малаго таза со стороны брюшной полости, то мы увидимъ, что брюшина въ днѣ



таза оканчивается воронкообразным углублением, весьма похожим на воронку при выворотѣ матки (см. слѣдующую главу). Круглыя связки, *ligamenta ovarica* и трубы входят въ это углубление, яичники же, какъ и при выворотѣ матки, лежатъ обыкновенно надъ воронкой.

Легко понять, что при столь тяжеломъ разстройствѣ, какимъ является выпадение, сосѣдніе съ маткой органы также вовлекаются въ болѣзненный процессъ.

Такъ какъ выдѣляемое шейки не орошаетъ болѣе влагалища, то эпителий послѣдняго дѣлается болѣе сухимъ и ороговѣвшимъ. На поверхности наиболѣе выступающихъ наружу частей образуются эпителиальные дефекты, благодаря трению платьемъ и другимъ insultамъ. Дефекты эти нерѣдко достигаютъ очень большихъ размѣровъ (пролежни).

Иногда при выпаденіи развиваются въ тазу такіе же, какъ и при ретрофлексіи, воспалительные процессы, а именно хроническій адгезивный периметритъ, благодаря которому маточное тѣло срастается съ сосѣдними органами. Такія сращения, однако, и при проляпсѣ столь же рѣдки и незначительны по объему, какъ и при ретроверзии-флексіи: и для проляпса остается справедливымъ то положеніе, что прочныя, сплошныя, объемистыя сращения имѣютъ микробное, воспалительное, а не механическое происхожденіе, развиваясь иногда еще до образованія выпаденія.

Очень важно то обстоятельство, что при выпаденіи матки въ процессъ вовлекается обыкновенно пузырь и, послѣдовательно, остальные органы мочевого аппарата.

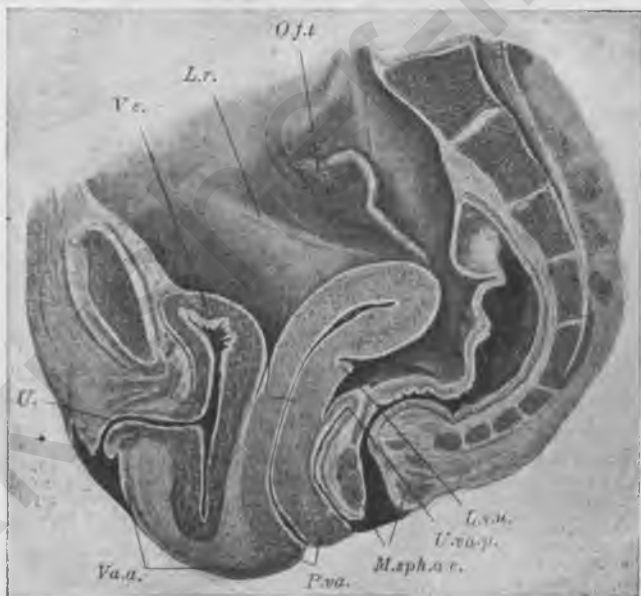


Рис. 136. Неполное выпаденіе матки на разрѣзѣ. Матка перегнута назадъ, *cystocele*. Вся передняя стѣнка рукава, влагалищная часть и небольшая часть задней рукавной стѣнки выпадаютъ. Значеніе буквъ такое же, какъ и на рис. 138. (Halban и Tandler, *Анатомія и этиологія выпаденія матки*, Вѣна, 1907).

Наружу выступаетъ та часть пузыря, которая соединена съ передней стѣнкой влагалища и шейки матки (*cystocele*). Это влечетъ за собою слѣдующія послѣдствія: неполное опорожненіе пузыря, постоянное застаиваніе въ немъ мочи, амміачное разложеніе послѣдней, броженіе ея, раздраженіе слизистой оболочки пузыря, внѣдреніе въ пузырь микробовъ изъ уретры и катарръ пузыря.

Катарр пузыря является самымъ серьезнымъ изъ всѣхъ послѣдствій выпаденія. Онъ развивается очень часто уже при выпаденіи одной передней стѣнки рукава.

Катарр этотъ можетъ ограничиваться однимъ только пузыремъ втеченіи годовъ и даже цѣлыхъ десятилѣтій, но въ нѣкоторыхъ случаяхъ онъ распространяется вверхъ по мочеточникамъ, обуславливая воспаленіе ихъ и гнойный пѣзлитъ. Если инфицированы уже почечныя лоханки, то до пораженія почечной ткани т. е. до гнойнаго нефрита, — одинъ только шагъ. Если такимъ образомъ будутъ поражены обѣ почки, то выздоровленіе больной является немислимымъ, и дѣло кончается смертью при явленіяхъ уремій. Къ уреміи можетъ тоже повести чрезмѣрное переполненіе пузыря. Впрочемъ такой исходъ выпаденія матки наблюдается очень рѣдко.



Рис. 137. Случай неполнаго выпаденія, изображенный на рис. 136, послѣ препаровки тазоваго дна (по Halban'у и Tandler'у, O. c.) На рисункѣ хорошо видно, — особенно если сравнить его съ рисункомъ 138, представляющимъ нормальныя отношенія, — какъ arcus tendineus при проляпсѣ смѣщенъ книзу, какъ, далѣе, волокна m. levatoris ani, въ своихъ переднихъ отдѣлахъ, дугообразно отгибаются въ сторону, и какъ, вообще, мало мышцъ въ diaphragma urogenitale (мускулатура непосредственно позади resp. подъ симфизомъ).

A. t. — arcus tendineus, C. c. — шейный каналъ, C. y. — cystocele, L. r. — круглая связка, L. s. u. — lig. sacro-uterinum, M. i. c. — m. ischiococcygeus, M. p. r. — m. pubo-rectalis, M. sph. a. e. — m. sphincter ani ext., O. f. t. — бахромчатое отверстие трубы, P. va. — влагалищная часть матки, U — urethra, U. va. p. — задній сводъ рукава, Va. — рукавъ, Va. a. — передняя влагалищная стѣнка, Ve. — мочевой пузырь.

Я наблюдалъ, однако, цѣлый рядъ случаевъ, гдѣ смерть была вызвана непосредственно выпаденіемъ матки. Летальный исходъ всегда наступалъ при симптомахъ уремій, причемъ въ каждомъ случаѣ я находилъ гнойный нефритъ; обѣ почки при вскрытіи оказывались пронизанными абсцессами величиною до горошины; въ одномъ случаѣ я могъ констатировать также значительный циститъ, а въ другомъ — циститъ былъ выраженъ столь рѣзко, что дѣло дошло до гангрены слизистой оболочки пузыря. Весьма вѣроятно, что во всѣхъ этихъ случаяхъ почки были поражены не чрезъ лоханку, но черезъ кровеносную систему. Исходными

очагами поражения почек, быть может, являлись здѣсь, помимо инфекціоннаго процесса въ пузырь и мочеточникахъ, обширные пролежни на самой выпавшей маткѣ, а въ одномъ случаѣ, можетъ быть, и имѣвшійся случайно энтеритъ.

Примѣръ: больная 42 лѣтъ, рожала 1 разъ 17 лѣтъ тому назадъ, послѣ чего у нея образовался prolapsus. Раньше пациентка могла вправлять матку сама, особенно вечеромъ, когда ложилась спать, но за послѣднія двѣ или три недѣли это уже ей не удается. Мѣсячныя до того времени были правильны, теперь же отсутствуютъ уже 7 недѣль.

Результаты изслѣдованія: необыкновенно большой проляпсъ, большое cystocele, rectocele нѣтъ; значительный пролежень. Матка выпала вся. Зондъ № 6 входитъ въ полость ея на 15 сантиметровъ. Разстояніе между уретральнымъ отверстиемъ и наружнымъ маточнымъ зѣвомъ, измѣренное циркулемъ, равняется 20 сантиметрамъ, а лентой — 23 сантиметрамъ. Наибольшій обхватъ выпавшихъ частей — 36 сантиметровъ. Въ лѣвой подчревной области находится нечувствительная опухоль немного поменьше кулака величиною.

Попытки вправить проляпсъ безъ наркоза и подъ наркозомъ оказались неудачными.

Хотя моча больной и содержала въ большомъ количествѣ бѣлокъ и цилиндры, хотя пациентка имѣла иногда повышенія температуры до 39°, и хотя у ней появлялись симптомы, которые слѣдовало считать уремическими, я все-таки полагаю, что слѣдуетъ сдѣлать операцію. Полная экстирпація матки съ резекціей влагалища по Fritsch'y 24/iv 1892 г. При этомъ оказалось, что матка сплошь срослась съ выпяченнымъ брюшиннымъ дивертикулумъ, вслѣдствіе чего экстирпація произведена вполне экстраперитонеально. Исходъ операціи вполне благоприятный. 14 дней спустя больная встала съ постели. По истеченіи нѣсколькихъ недѣль она, однако, погибла при явленіяхъ, указывавшихъ на поражение мозга. Вскрытіе обнаружило отекъ мозга, тяжелый паренхиматозный нефритъ, лѣвосторонній абсцессъ яичника и многочисленные гнойные очаги въ почкахъ.



Рис. 138. Отпрепарованное тазовое дно нерожавшей женщины. Совершенно нормальныя отношенія. (По Halban'y и Tandler'y о. с.) L. a. — m. levator ani, L. r. c. — lig. recto-coccygeum, M. o. — m. obturator internus, V. gl. s. — vasa glutaea sup., V. o. — vasa obturatoria остальныя обозначенія — какъ на рис. 137.

Даже при огромныхъ выпаденіяхъ дивертикулы въ нижней части прямой кишки не образуются. Если мы при выпаденіи втѣраемъ и rectocele, то оно бываетъ послѣдствіемъ образованія руб-

цовъ въ области разорванной промежности. Осложненіе это ведетъ за собою затрудненія при дефекаціи. Кроме того, если выпаденіе матки существуетъ очень долго, то къ нему иногда присоединяется выпаденіе прямой кишки.

Тѣ тяжелые симптомы, съ которыми мы познакомили читателей при описаніи ретрофлексіи, и при которыхъ вовлекаются въ страданіе самые отдаленные пути нервной системы, — при выпаденіи наблюдаются весьма рѣдко, даже вовсе не наблюдаются. Они могутъ быть налицо въ началѣ заболѣванія, когда имѣется только ретрофлексія, но съ того времени, когда развилось выпаденіе, смѣняются менѣе тягостными ощущеніями напора на низъ.

У большинства женщинъ выпаденіе, образовавшееся еще въ молодости, до глубокой старости не вызываетъ особенно тяжелыхъ явленій. Несмотря на выпаденіе, больныя дѣлаются беременными, причемъ во время беременности матка, увеличиваясь, уходитъ вверхъ въ брюшную полость, что обуславливаетъ собою временное улучшение. Затѣмъ наступаетъ послѣродовая инволюція матки, хотя и нѣсколько запаздывая противъ нормы, причемъ она сопровождается уменьшеніемъ выпаденія. Заслуживаетъ также замѣчанія, что, хотя выпяченная mucosa влагалища и подвержена при выпаденіи весьма тяжелымъ и продолжительнымъ инсультамъ, однако она поражается ракомъ, лишь въ весьма рѣдкихъ случаяхъ<sup>1)</sup>. Раки ружа и влагалищной части встрѣчаются при выпаденіи очень рѣдко.



Рис. 139. Полное выпаденіе матки. Матка, полость которой имѣетъ въ длину 13 сант., загнута къзади и пролябруетъ, обуславливая образование замѣтнаго сзади возвышенія. На задней маточной губѣ и задней стѣнкѣ рукава объемистый пролежень. Больная 47 л., рожала 3 раза, въ послѣдній разъ 9 лѣтъ тому назадъ, выпаденіе замѣтила уже 22 года, 13 лѣтъ тому назадъ подвергалась операциі Александера-Адамса, передней и задней кольпоррафій, причемъ рана послѣ задней кольпоррафій зажила вторымъ натяженіемъ. Вскорѣ послѣ операциі пациентка вновь почувствовала опущеніе, а затѣмъ, послѣ бывшихъ у ней 9 лѣтъ назадъ родовъ, наступило сильное выпаденіе. Больная въ теченіе 6 лѣтъ время отъ времени носила пессаріи, затѣмъ это ей надоѣло, и она вновь подверглась оперативному леченію, состоявшему въ абдоминальномъ изсѣченіи матки и пришиваніи верхней части рукава къ передней брюшной стѣнкѣ.

Иногда выпаденіе является врожденнымъ, причемъ такой врожденный проляпсъ зачастую встрѣчается въ сочетаніи съ *spina bifida*. Въ этой послѣдней

1) Говоря о припадкахъ, вызываемыхъ выпаденіемъ матки, слѣдуетъ упомянуть объ ущемленіи выпавшаго органа въ вульварномъ кольцѣ. Ущемленіе это сопровождается весьма бурными симптомами, каковы: быстрое увеличеніе объема матки, жестокая боли въ ней, учащеніе пульса и пр., — и требуетъ немедленной врачебной помощи. Сначала слѣдуетъ попытаться вправить ущемленную матку; если же это не удастся, то приходится, для спасенія жизни больной, прибѣгнуть къ гистеректоміи (случаи Baldy, Веjeа и др.). В. Г.

По Лебедеву операция при пролапсе и вт. д. см.  
пущаясь шей. Выпадение матки и влагалища. 169  
и можно видеть центральную причину недостаточного развития приспособлений, к переп.  
удерживающих матку на известной высоте.

Что касается лечения проляпса, то, если ставить его задачей возможно полное восстановление нормальных анатомических отношений, — в таком случае лечение данной аномалии является не так уж простым.

Единственный лечебный метод, который стремится восстановить идеальным образом нормальный status quo, — это массаж, соединенный с гимнастикой. Путем искусных манипуляций мастеру этого дела, Thure Brandt'u, удалось первому вполне излечивать даже застарелые проляпсы и придавать матке вновь ее нормальное положение (см. главу XXIX).

Я лично также видел случаи, говорящие в пользу этого метода, но я не рекомендую его вследствие того, что он далеко не всегда дает верные результаты. Этот метод пока имеет для меня значение интересного эксперимента. Большинство гинекологов относятся к массажу при проляпсе также отрицательно. Дальнейшее наблюдение покажет, не являются ли самыми подходящими для лечения массажем те формы выпадения, при которых маточное тело фиксировано в тазу вследствие периметрита. Ziegenspeck видел успех от массажа при cystocele; причину этого успеха он усматривает в растяжении параметрических рубцов, которые, по его мнению, лежат в основе смещенной матки.

Для неособенно застарелых случаев выпадения матки обыкновенно достаточно бывает той же терапии, что и для ретрофлексии: нужно только выбирать пессарии побольше, — и тогда удается удерживать матку в тазу в нормальной антеверзии-флексии. К этому можно присоединить методическая холодная спринцевания влагалища, способствующая обратному развитию гипертрофированного рукава и матки. По истечении полугодового или годового срока пессарий можно заменить меньшим, причем иногда оказывается, что матка и без пессария уже не выходит из половой щели, так что остается лечить лишь неосложненную ретрофлексию.

У старух можно довольствоваться тем, что выпавшая часть просто вправляется и удерживается при помощи пессария, который только обладает способностью нелегко вдавливаясь. Не имеет значения, лежит ли небольшая, атрофированная матка в антефлексии или в ретрофлексии. К числу таких пессариев относятся особенно рекомендованные Breisk'im идеальные пессарии из твердого каучука, или простые кольца также из твердого каучука, или рѣшетчатообразно продырявленные пессарии в видѣ блюдечка, или, наконец, так наз. гистерофоры.

В других случаях лечение пессариями не ведет к цели или является неприменимым, благодаря отказу больных носить пессарий, или благодаря невозможности для них соблюдать те правила, какія необходимы при ношении пессария; нельзя примѣнять этого метода и тогда, когда несоответствующие пессарии повели уже раньше к образованию пролежней на стѣнках рукава.

В подобных случаях показуется оперативное лечение. С легкой руки Hegar'a, в терапии выпадения матки до настоящего времени занимает первое место слѣдующий способ: произвести клиновидную эксцизию на передней и задней губах зѣва или резецировавъ кусок шейки в нѣсколько сантиметровъ длиною, — что ведет к укорочению матки, — или же без этой предварительной операции, приступают к передней и задней кольпоррафий. Первую производят посредством вырѣзанія овального куска из передней

влагалищной стѣнки, съ послѣдующимъ наложеніемъ поперечныхъ швовъ. Задняя кольпоррафія производится совершенно такъ же, какъ перинеопластика при неполномъ разрывѣ промежности (см. главу V), а именно, при ней дѣлается или треугольная площадь



Рис. 140. Матка удаленная черезъ рукавъ по поводу выпаденія. Видъ сзади. На влагалищной части виситъ треугольный лоскутъ рукавной мукозы, который былъ резецированъ при одновременно сдѣланной у больной передней кольпоррафіи и оставленъ въ связи съ *p. vaginalis*. Задняя часть тѣла матки покрыта брюшиной, ниже расположенъ длинный характерный для прляпса верхній отдѣлъ шейки, ниже его — *p. vaginalis*.

Больная 50 л., рожавшая 1 разъ, за 17 лѣтъ до операціи, при помощи шипцовъ. Съ начала года свойственныя выпаденію разстройствъ. Выпавшія части въ кулакъ величиною. Операція 24 июня 1907 г. Выздоровленіе.

обезпечить прочный результатъ, нужно выполнять эти операціи *lege artis*.

Особенное вниманіе должно обратить на слѣдующіе два момента.

Переднюю кольпоррафію нужно соединять съ возможно обширнымъ отдѣленіемъ пузыря отъ передней стѣнки влагалища и нижней части шейки и съ тщательнымъ устраненіемъ, при помощи по-

освѣженія (Hegar), или раздѣленная сверху, съ сохраненіемъ *columnae rugarum posterioris* (Hewitt, Freund, Martin, Küstner); можно также освѣжать рукавную стѣнку по лоскутному способу, съ полнымъ сохраненіемъ тканей (Lawson-Tait). Освѣженная поверхность зашивается такъ же, какъ при перинеопластикѣ.

Тѣ операторы, которые считаютъ ампутацію шейки необходимою частью операціи проляпса, комбинируютъ ее обыкновенно съ передней кольпоррафіей. Для этого они соединяютъ боковые разрывы площади освѣженія не впереди отъ *portio vaginalis*, а позади ея, въ заднемъ влагалищномъ сводѣ, затѣмъ отпрепаровываютъ маточную шейку на нѣсколько сантиметровъ вверхъ (причемъ приходится перевязывать *ramus cervicalis arteriae uterinae*) и закрываютъ рану въ сагиттальномъ или Т-образномъ направленіи швами. Слизистая оболочка цервикального канала пришивается къ мукозѣ рукава въ соответственной части раны.

Передняя и задняя кольпоррафія входятъ, какъ необходимая часть, въ каждую радикальную операцію проляпса матки, причемъ, дабы

гружныхъ швовъ, того дивертикула пузырьной стѣнки, который образовалъ cystocele.



Рис. 141. Prolapsus uteri, осложненный выпадениемъ прямой кишки. Orificium externum матки находится у задней спайки. Частичный дефектъ промежности. Больная 50 лѣтъ, рожавшая 3 раза. Выпадение матки имѣется у нея больше 10 лѣтъ, а выпадение прямой кишки — 1 годъ. На операцию не соглашалась. Амбулаторное лечение пессаріями.

При задней кольпоррафії нужно площадь освѣженія проводить возможно выше, послѣ чего нужно соединять погружными швами пучки levatoris ani, охватывающіе влагалище сбоку (myorrhaphia levatoris ani по Zigen speck'у).

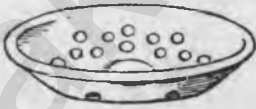


Рис. 142.

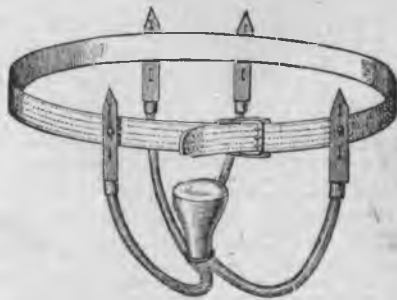


Рис. 143.

Рис. 142. Блюдечкообразный пессарій изъ твердаго каучука.  
Рис. 143. Гистерофоръ для удерживанія выпавшей матки. Грушевидный пелотъ сдѣланъ изъ резины и можетъ быть легко снятъ для чистки.

Вообще при закрытіи площадей освѣженія, бывающихъ при выпаденіи обычно очень большими, нужно возможно больше пользоваться погружными и глубоко-захватывающими швами. Для всѣхъ



швовъ, завязываемыхъ на поверхности, нужно употреблять silk-wormgut или проволоку, такъ какъ швы слѣдуетъ долго оставлять въ ранѣ.

Если оперировать такъ, какъ мы это указали выше, то мы достигнемъ стойкаго суженія влагалища и укрѣпимъ тазовое дно.

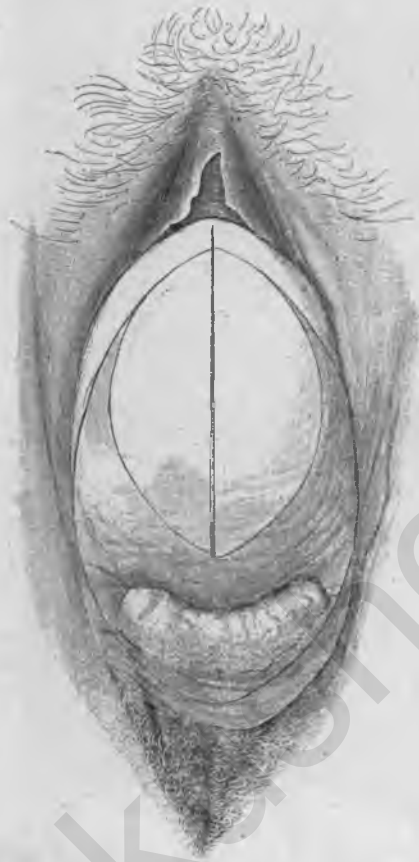


Рис. 144. Фигуры освѣженія при передней кольпоррафiи. Прямая черта опредѣляетъ направление разрѣза при вагинофиксаци и операци Wertheim'a; разрѣзъ этотъ можетъ быть примѣняемъ и при кольпоррафiи, — тогда необходимое количество слизистой рукава удаляется, послѣ отсепаровки, вправо и влѣво отъ него. Оваль, въ которомъ находится прямая черта, представляетъ фигуру освѣженія при передней кольпоррафiи, оваль же, захватывающій и влагалищную часть, показываетъ, какъ надо производить освѣженіе въ тѣхъ случаяхъ, когда при операци нужно резецировать и часть шейки или экстирпировать матку.

При задней кольпоррафiи я предпочитаю Ferguson'овскую фигуру освѣженія. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣется старый разрывъ промежности, я часто освѣжаю область рубца, т. е. поступаю такъ же, какъ при частичной пластикѣ промежности по моему способу (см. гл. V), затѣмъ избѣжаю самый рубецъ, расположенный обычно сбоку отъ средней линіи, углубляю рану такимъ образомъ, что становится возможной миоррафiя sphincteris ani, и восстанавливаю нормальные анатомическія отношенія.

Операци Lefort'a, еще ранѣе практиковавшаяся Нейгебауэромъ отцомъ въ Варшавѣ, состоитъ въ томъ, что переднюю и заднюю стѣнку рукава, въ срединѣ послѣдняго, освѣжаютъ на 4 сант. въ ширину, затѣмъ сшиваютъ обѣ освѣженныя поверхности другъ съ другомъ. Образовавшаяся при этомъ спайка, идущая въ рукавъ спереди назадъ, препятствуетъ выпаденію матки. Въ отношеніи надежности результатовъ указанный способъ стоитъ далеко ниже передней и задней кольпоррафiи. Кромѣ того, онъ не исправляетъ положенія матки. Въ виду этого данный методъ имѣетъ теперь болѣе историческое значеніе.

Хотя при помощи перечисленныхъ операци prolapsus uteri фактически часто излечивается настолько, что неправильно лежащая матка не выходитъ наружу чрезъ вульварное кольцо, однако эти способы не могутъ быть названы вполне удовлетворительными. Чего ими не достигается, а если и достигается, то лишь случайно, — это приведенія удерживаемой въ тазу матки въ нормальное положеніе. Матка остается при нихъ и послѣ операци

въ той самой ретроверзи-флекси, которая представляла собою начальную стадію пролапса. Никакое суживаніе влагалища путемъ кольпоррафiи не можетъ помѣшать тому, чтобы ретровертированная матка не стремилась проло-



жить себѣ путь по оси влагалища черезъ искусственно суженный просвѣтъ послѣдняго. Наступить-ли когда-либо, вслѣдствіе этого постоянно дѣйствующаго механизма, рецидивъ выпаденія, или нѣтъ, — это зависитъ отъ факторовъ, стоящихъ внѣ вліянія со стороны операціи.

Отсюда при оперативномъ леченіи выпаденія необходимо придавать маткѣ нормальное положеніе, изъ котораго она не могла-бы быть вытѣснена внутрибрюшнымъ давленіемъ во влагалище, — такое положеніе, при которомъ внутрибрюшное давленіе, напротивъ, дѣйствовало-бы, какъ сила, сохраняющая нормальное положеніе матки, стремящаяся уменьшить и безъ того острый уголъ, который образуетъ матка съ влагалищемъ.

Такимъ образомъ, съ точки зрѣнія нормальной механики тазовыхъ органовъ, терапія маточнаго проляпса отнюдь не можетъ исчерпываться передней и задней кольпоррафіей; задача терапіи можетъ считаться законченной лишь тогда, когда матка, оставаясь на нормальномъ уровнѣ, будетъ въ то же время находиться въ постоянной нормальной антефлексіи.

Пытаться достигнуть нормальнаго положенія матки путемъ послѣдовательнаго примѣненія пессарія, т. е. присоединять къ оперативному леченію еще ту терапію, которая примѣняется при подвижныхъ ретрофлексіяхъ, — непрактично. Этого нельзя сдѣлать непосредственно послѣ операціи, такъ какъ нужно, чтобы операціонныя рубцы сдѣлались достаточно прочны, прежде чѣмъ мы подвергнемъ ихъ инсультамъ пессаріевъ Smith'a, Thomas'a или Schultze; стало быть, примѣнять пессаріи можно не раньше, чѣмъ по истеченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ, а это очень осложняетъ леченіе и не удовлетворяетъ врача. Недовольной остается и больная, которая, соглашаясь на операцію, естественно желаетъ вмѣстѣ съ тѣмъ избѣжать въ будущемъ необходимости носить пессарій.

Имѣя все это въ виду, я уже 21 годъ тому назадъ предложилъ присоединять къ оперативнымъ способамъ леченія выпаденія матки, имѣющимъ цѣлью сужить влагалище, еще такую операцію, которая-бы обезпечивала маткѣ правильное положеніе. Съ тѣхъ поръ я оперировалъ большую часть случаевъ проляпса такимъ образомъ, что дѣлалъ сначала вентрофиксацію и непосредственно затѣмъ — переднюю и заднюю кольпоррафію. Подобнымъ образомъ мною и моими ассистентами было оперировано болѣе 400 проляпсовъ матки, причемъ оказалось, что этотъ способъ даетъ гораздо лучшіе и болѣе постоянные результаты, чѣмъ другіе способы, практиковавшіеся до того времени, и во всякомъ случаѣ — гораздо лучшіе, чѣмъ какіе получаются отъ однихъ только кольпоррафій съ ампутаціей влагалищной части или безъ нея. Далѣе, опытъ показалъ мнѣ, что прочность результатовъ оперативнаго леченія проляпсовъ по разбираемому способу была не вполне достаточна лишь тогда, когда при операціи были допущены отклоненія отъ правилъ, соблюденіе которыхъ необходимо при вентрофиксаціи (см. выше), или когда имѣло мѣсто неправильное заживленіе операціонныхъ ранъ. Что высказанный мною принципъ оперативнаго леченія проляпса признанъ совершенно правильнымъ, — доказывается тѣмъ, что Werth и Zweifel соединяютъ, при проляпсѣ матки, операцію Alexander'a съ операціями, суживающими влагалище, и что на Вюрцбургскомъ Слѣздѣ 1903 г. большинство наиболѣе опытныхъ операторовъ, — въ томъ числѣ и тѣ, которые не признаютъ въ ретрофлексіи началь-

ной стадіи проляпса, — высказались за необходимость комбинировать операциі, съуживающія рукавъ, съ фиксаціей матки клереди по какому-либо способу.

Способы, основанные на этомъ принципѣ, — слѣдующіе :

1. Вентрофиксация съ передней и задней кольпоррафией (авторъ).
2. Вентрофиксация съ кастраціей, имѣющей целью достигнуть болѣе быстраго уменьшения гипертрофированной матки, а также съ передней и задней кольпоррафией (авторъ).
3. Передняя и задняя кольпоррафія съ резекціей шейки и вентрофиксацией (авторъ). При этомъ способѣ надо начинать съ влагалищныхъ операций, чтобы при резекціи шейки не испортить результатовъ только что сдѣланной вентрофиксациі. Примѣнять указанный способъ надо при значительныхъ гипертрофіяхъ шейки съ пролежнями на ней.
4. Способы подь №№ 1—3, но съ фиксаціей матки у мыса крестцовой кости (авторъ). Послѣ лапаротоміи, матка при этомъ фиксируется 10—12 швами, на высоту мѣсть прикрѣпленія Douglas'овыхъ складокъ, у мыса. Предварительно брюшина должна быть расщеплена. Способъ можетъ быть примѣняемъ лишь при весьма подвижной маткѣ.
- При способахъ подь № 1, 3 и 4 можно примѣнять одновременную резекцію трубъ, дабы помѣшать наступленію беременности; послѣдняя можетъ повредить — если не жизни оперированной, то результату операциі.
5. Способы №№ 1 и 3, но съ замѣной вентрофиксациі операцией Alexander-Adam's'a. При этомъ, примѣняя способъ № 3, надо сначала дѣлать влагалищныя операциі, затѣмъ — Alexander'овскую операцию.
6. Способы №№ 1 и 3, но съ замѣной вентрофиксациі вагинофиксацией.
7. Способъ Schauta. При этомъ способѣ начинаютъ операцию такъ же, какъ при вагинофиксациі, но только широко подрѣзываютъ влагалищно-пузырную перегородку. Затѣмъ, вскрывъ пузырно-маточный карманъ, собираютъ въ складки ligg. sacro-uterina и такимъ образомъ укорачиваютъ ихъ. Далѣе пришиваютъ пузырную брюшину къ задней стѣнкѣ шейки, соединяютъ края влагалищной раны надъ лежащимъ въ пузырно-рукавной перегородкѣ тѣломъ матки (въ случаѣ нужды, — резецируютъ трубы) и, наконецъ, заканчиваютъ операцию задней кольпоррафией.

Тотъ же принципъ проводится и въ способѣ Wertheim'a. Способъ этотъ состоитъ въ томъ, что сначала поступаетъ такъ, какъ при передней кольпоррафій, гср. при вагинофиксациі, только брюшинное отверстіе дѣлаютъ настолько широкимъ, чтобы черезъ него можно было вывести во влагалище все тѣло матки; затѣмъ послѣднее фиксируютъ, шивая его заднюю стѣнку въ рукавную рану. Передняя влагалищная стѣнка резецируется при этомъ лишь тогда, когда она слишкомъ объемиста. Къ этой операциі просоединяютъ заднюю кольпоррафію, производимую уже извѣстнымъ читателю способомъ.

Хотя на первый взглядъ можетъ показаться, что шитое въ рукавную стѣнку маточное тѣло, стоящее внизъ дномъ, можетъ дѣйствовать до нѣкоторой степени подобно пессарію и мѣшать рецидиву проляпса, однако отъ такого заключенія приходится отказаться, если принять во вниманіе, что маточное тѣло слишкомъ мало, чтобы играть роль пессарія по отношенію къ большому проляпсу. Если операциа Wertheim'a и даетъ прочные результаты, то лишь потому, что матка сохраняется продолжительное время въ антеверзій-флексиі, а также потому, что матка лежитъ подь пузыремъ, притомъ какъ разъ подь тѣми его отдѣлами, которые раньше принимали участіе въ проляпсѣ, образуя cystocele; благодаря этому, матка мѣшаетъ рецидиву cystocele.

Я думаю, что методъ Wertheim'a представляетъ собою значительный шагъ впередъ въ области леченія проляпсовъ. Способъ этотъ, по моему мнѣнію, является полезнымъ преувеличеніемъ вагинофиксациі, причемъ преувеличеніе это является по отношенію къ проляпсу необходимымъ, такъ какъ и самый проляпсъ, по сравненію съ ретроверзій-флексией, представляетъ собою высшую степень той аномалии, которой ретроверзій-флексиа является первой стадіей. Я не могу, однако, пройти молчаніемъ того факта, что оперированныя по способу Wertheim'a большія невсегда остаются довольны состояніемъ, вызваннымъ операцией. Кромѣ того, я, подобно самому Wertheim'у, имѣлъ при этомъ способѣ и рецидивы выпаденія.

Понятно, что этотъ способъ можетъ быть примѣняемъ только у тѣхъ жен-

щинъ, которыя уже находятся въ климактерическомъ возрастѣ; въ противномъ случаѣ необходимо при немъ принимать мѣры, препятствующія зачатію, именно прибѣгать къ резекціи трубъ или ихъ частей.

Fritsch сдѣлалъ еще одинъ шагъ впередъ, вшивая переднюю стѣнку матки, имплантированную по способу Wertheim'a, въ рану задней кольпоррафii.

До Wertheim'a Freund имплантировалъ матку въ рукавъ слѣдующимъ способомъ: онъ вскрывалъ задній влагалищный сводъ, втягивалъ черезъ разрѣзъ во влагалище маточное тѣло и вшивалъ переднюю его стѣнку въ рану задней кольпоррафii. Замѣчательно, что при этомъ выпаденіе пузыря, благодаря натяженію передней рукавной стѣнки, само собою проходитъ и не требуетъ особеннаго оперативнаго вмѣшательства.

Всѣ эти способы, за исключеніемъ Fritsch'eвскаго, оставляютъ у оперированной способность къ половой жизни, — преимущество весьма цѣнное, — а при нѣкоторыхъ способахъ у женщины сохраняется и способность къ зачатію и дѣторожденію. Это послѣднее обстоятельство, наряду съ возрастомъ женщины, слѣдуетъ имѣть въ виду при выборѣ того или другого метода операціи. Кромѣ того, при этомъ выборѣ надо имѣть въ виду, насколько избранный методъ фиксаціи можетъ повліять впослѣдствіи на родовую дѣятельность матки; насчетъ этого см. главу VIII.

Для полученія успѣшнаго результата отъ всѣхъ, перечисленныхъ выше, оперативныхъ способовъ надо, далѣе, принимать въ соображеніе два немаловажныхъ обстоятельства: во-первыхъ, наличность у больныхъ отека шейки, который въ нѣкоторыхъ случаяхъ проляпса достигаетъ высокой степени, во-вторыхъ, наличность у нихъ пролежневыхъ язвъ. Чтобы устранить отекъ, необходимо передъ операціей выдерживать больную въ постели, вправивъ предварительно матку и рукавъ. Если растяженіе шейки, «гипертрофія» надвлагалищной части при этомъ не уменьшится въ достаточной степени, то, при выборѣ способа операціи, надо имѣть въ виду необходимость резекціи шейки. Язвы на влагалищной части надобно заживить у больной до операціи въ тѣхъ видахъ, чтобы онѣ не послужили источникомъ инфекціи операціонной раны. Достигается это прижиганіями язвъ и влагалищными спринцеваніями больной во время подготовки ея къ операціи. Послѣдней не слѣдуетъ производить до тѣхъ поръ, пока, по крайней мѣрѣ, язвы не сдѣлаются чистыми; въ противномъ случаѣ при операціи слѣдуетъ прибѣгнуть къ изсѣченію изъязвленныхъ мѣстъ.

Съ того времени, когда гинекологи все чаще и чаще стали наблюдать, что одни только суживающія влагалище операціи, вмѣстѣ съ ампутаціей шейки или безъ таковой, не обезпечиваютъ больныхъ отъ рецидива выпаденія, — возникло стремленіе усовершенствовать оперативные методы, примѣняя болѣе радикальные оперативные приемы; когда же, вскорѣ затѣмъ, всѣ убѣдились, что даже полная экстирпація матки не исключаетъ возможности рецидива проляпса. — Конечно, проляпса влагалища, — то Fritsch и Martin сдѣлали еще одинъ логическій шагъ впередъ и стали экстирпировать не только матку, но и влагалище, притомъ *per vaginam*.

Въ недавнее время влагалищная экстирпація выпавшей матки съ широкимъ изсѣченіемъ передней рукавной стѣнки и, въ нужныхъ случаяхъ, съ задней кольпоррафiей нашла себѣ горячаго поклонника въ лицѣ Витм'a. Главную выгоду этого способа Витмъ видитъ

въ томъ, что при немъ не оставляется никакихъ фиксаціонныхъ швовъ, которые въ состояніи впослѣдствіи беспокоить больныхъ. Онъ наблюдаетъ послѣ такой операціи высокій процентъ полного возстановленія работоспособности больныхъ.



Рис. 145. Кольцо изъ твердаго каучука для паллативнаго леченія проляпса.

Техника операціи заключается въ слѣдующемъ: проведя разрѣзъ, какъ при передней кольпоррафій, охватывающій влагалищную часть, отдѣляютъ и отодвигаютъ пузырь, вскрываютъ пузырно-маточную впадину, извлекаютъ матку, перевязываютъ по частямъ широкія связки, оставляя трубы и яичники, отдѣляютъ матку отъ задней стѣнки рукава, зашиваютъ рану брюшины, вшивая культи связокъ въ углы, и накладываютъ нѣсколько этажныхъ швовъ на остальную часть рукавной раны, такъ что въ концѣ концовъ вся рана влагалища оказывается зашитой въ сагиттальномъ направленіи.

Между тѣмъ какъ самая экстирпація выпавшей матки является весьма легкой, — закрытіе объемистой полостной раны швами далеко не всегда бываетъ удовлетворительно, заживленіе ея идетъ далеко не всегда гладко, а это неблагоприятно отражается и на функциональныхъ результатахъ. Въ нашей клиникѣ было оперировано по Виттну свыше 30 случаевъ значительнаго проляпса, причемъ дальнѣйшее наблюденіе за оперированными показало, что болѣе, чѣмъ у 70% изъ нихъ, получаются безупречные стойкіе результаты.

Уже до этого Р. Миллеръ пытался устранять проляпсъ при помощи надвлагалищной ампутаціи матки съ слѣдующимъ вшиваніемъ культи въ брюшную рану. Идею, лежащую въ основѣ этого способа, Jacobs видоизмѣнилъ такимъ образомъ, что сталъ прибѣгать при проляпсѣ къ удаленію матки съ придатками, производя эту операцію *per abdomen* и обрабатывая культи интраперитонеально.

Такъ какъ въ иныхъ случаяхъ рецидивъ проляпса можетъ зависѣть, съ одной стороны, отъ увеличенной влагалищной части, — если она оставляется одна или вмѣстѣ со всей остальной маткой, — а съ другой — отъ пузыря, который вообще изъ всѣхъ тазовыхъ органовъ хуже поддается фиксаціи, то за послѣднее время я сталъ оперировать еще радикальнѣе. При большихъ проляпсахъ съ удлинненіемъ шейки я экстирпирую матку *per abdomen*, сшиваю рукавъ и параметральную клѣтчатку и фиксирую рукавъ многочисленными швами у нижняго угла брюшной раны. При этомъ, благодаря тому, что влагалище можетъ быть отсѣчено на любой высотѣ, удается достигнуть достаточнаго натяженія передней влагалищной стѣнки, помѣшавъ ей вновь выпасть. Въ подходящихъ случаяхъ операція эта соединяется съ болѣе или менѣе широкой задней кольпоррафией. Указанный способъ общается при большихъ проляпсахъ весьма благоприятные отдаленные результаты. Я называю его вентрофиксаціей влагалищнаго свода.

Разумѣется, полная экстирпація матки или надвлагалищная ампутація ея умѣстны при выпаденіи лишь тогда, когда на лицо имѣются пораженія, которыя вообще служатъ показаніями для этихъ операцій, т. е. главнымъ образомъ опухоли половыхъ частей. Въ подобныхъ случаяхъ теперь я примѣняю исключительно полную экстирпацію, — въ случаѣ нужды съ описанной выше вентрофиксаціей рукавнаго свода.

Относительно техники надвлагалищной ампутаціи и полной экстирпаціи матки я отсылаю читателей къ главамъ XIII и XIV.

У пожилыхъ женщинъ, у которыхъ матка уже значительно атрофирована, стѣнки рукава истончены, а наружные половые органы лишены своей жировой подкладки, нѣкоторые изъ вышесказанныхъ методовъ являются непримѣнимыми. Если такая больная согласится на операцію, то у ней иногда можно ограничиться передней и зад-

ней кольпоррафией, болѣе же надежный результатъ общаетъ сочетаніе кольпоррафій съ вагинофиксацией или операція по Schauta.

Разъ выпаденіе удалось вполне устранить, тѣмъ или инымъ путемъ, то вторичныя заболѣванія, какъ язвы на влагалищной части, отекъ ея слизистой оболочки и мукозы матки, даже катарръ пузыря — обыкновенно легко излечиваются самопроизвольно. Исключеніе составляютъ развѣ тѣ случаи, гдѣ заболѣваніе пузыря не ограничивается уже одной слизистой оболочкой, но вызвало и болѣе глубокія разрушенія его стѣнки.

Итакъ, при леченіи проляпса надо руководиться слѣдующимъ принципомъ:

Если при выпаденіи матка, вслѣдствіе какого-либо патологическаго процесса, оказывается выведенною изъ нормальнаго положенія, то на аномальное положеніе ея слѣдуетъ смотрѣть, какъ на основное страданіе, на которое и надо обратить главное вниманіе при леченіи данной болѣзни.

Принимая во вниманіе этотъ взглядъ, мы допустимъ грубую ошибку, — которую, впрочемъ, дѣлаютъ очень часто, — если при выпаденіи передней влагалищной стѣнки и одновременной ретрофлексіи станемъ лечить только выпаденіе, а ретрофлексію оставимъ безъ вниманія. Наше леченіе будетъ правильнымъ лишь тогда, когда мы исправимъ ретрофлексію, что въ большинствѣ случаевъ ведетъ къ устраненію и выпаденія передней стѣнки рукава.

Еще болѣе необходимо обратить вниманіе на измѣненіе положенія матки въ тѣхъ случаяхъ, когда она не только ретрофлектирована, но и выпадаетъ — цѣликомъ или отчасти; задача терапіи состоитъ тогда не только въ томъ, чтобы ввести матку обратно въ тазъ и удержать её тамъ, при помощи суживающихъ рукавъ операцій, но также и въ томъ, чтобы придать маткѣ нормальную антеверзю-флексію и удержать ее въ ней. Вслѣдствіе этого я при оперативномъ леченіи проляпса одни только суживающія рукавъ операціи считаю недостаточными даже въ томъ случаѣ, если ихъ комбинировать съ высокою ампутаціей влагалищной части. По моему мнѣнію, самой существенной и необходимой частью операціи проляпса является та, которая имѣетъ своей задачей приведеніе матки въ нормальное положеніе и сохраненіе ея въ послѣднемъ. Стало быть:

- I. Выпаденія влагалища при совершенно нормальномъ положеніи матки лучше всего лечить оперативнымъ путемъ. При производствѣ кольпоррафій въ этихъ случаяхъ нужно особенно имѣть въ виду то обстоятельство, чтобы соответствующіе соседніе органы, т. е. при prolapsus vaginae anterior — пузырь, а при prolapsus posterior — прямая кишка, были отдѣлены на большомъ пространствѣ и отодвинуты вглубь при помощи погружныхъ швовъ.
- II. Проляпсы, въ которыхъ принимаетъ участіе и матка, могутъ быть раздѣлены на двѣ категоріи:
  - a) Тѣ изъ нихъ, при которыхъ изъ половой щели выступаетъ лишь небольшой отдѣлъ матки, напр. одна только влагалищная часть, или даже ничего, — нужно лечить со-

вершено такъ же, какъ лечится ретрофлексія, т. е. при подвижной маткѣ слѣдуетъ примѣнять пессаріи, при маткѣ, фиксированной сращениями, — вентрофиксацию съ отдаленіемъ срощеній и удаленіемъ придатковъ или безъ такового — смотря по тому, будутъ-ли придатки сильно или слабо измѣнены, или здоровы. Если матка подвижна и если по субъективнымъ или объективнымъ причинамъ оперативное леченіе является показаннымъ, то можно выбирать между вентрофиксацией и операцией Alexander'a, а у женщинъ, находящихся въ климактерическомъ возрастѣ, — можно также прибѣгнуть къ вагинофиксациі. При значительномъ увеличеніи матки можно къ этому присоединить резекцію влагалищной части. Кромѣ того, какъ необходимая составная часть, здѣсь должна входить тщательно произведенная передняя и задняя кольпоррафія.

- б) Тѣ проляпсы, при которыхъ внѣ половой щели находится вся матка или значительная ея часть, нужно по общему принципу лечить оперативно, хотя величина проляпса сама по себѣ не исключаетъ и возможности леченія пессаріями. Оперативное леченіе такихъ проляпсовъ должно состоять въ антефиксациі матки и въ операціяхъ, суживающихъ влагалище, т. е. въ передней и задней кольпоррафіи. Выборъ способа антефиксациі зависитъ отъ индивидуальныхъ особенностей каждаго случая. Къ абдоминальной операціи присоединяютъ, притомъ въ тотъ же сеансъ, операціи, суживающія влагалище. Спереди дѣлаютъ кольпоррафію съ освѣженіемъ въ формѣ миртоваго листа, а на задней стѣнкѣ рукава — кольпоррафію по Hegar'y, Freund'y, Bischoff'y или Küstner'y (см. главу о пластикѣ промежности).

Для нѣкоторыхъ случаевъ проляпса является особенно пригодною влагалищная экстирпация матки въ сочетаніи съ пластическими операціями на рукавѣ. Еще болѣе выгодно представляется абдоминальная экстирпация матки съ вентрофиксацией рукавного свода и, въ случаѣ надобности, съ задней кольпоррафіей.

Иногда у женщинъ, страдающихъ выпаденіемъ, можетъ наступить беременность. Выпавшія половыя части, при положеніи больной на спинѣ, остаются болѣею частью въ тазу; въ нѣкоторыхъ случаяхъ неправомаго выпаденія *immissio penis* происходило, повидимому, въ цервикальный каналъ (*Spranken, Naegely*).

Теченіе беременности при проляпсѣ бываетъ неодинаково: 1) иногда увеличивающееся тѣло матки первоначально остается въ тазу, затѣмъ поднимается въ брюшную полость и здѣсь остается до конца беременности; 2) иногда беременная матка остается въ тазу въ положеніи наклоненія и перегиба кзади, благодаря чему наступаетъ выкидышъ на 3-мъ или 4-мъ мѣсяцѣ; 3) иногда, въ подобныхъ же случаяхъ, наступаетъ такое же ущемленіе беременной матки, какое наблюдается и вообще при ретроверзи-флексіи; 4) иногда, наконецъ, но очень рѣдко, беременность продолжается при положеніи матки внѣ половыхъ путей (случай *Wimperg'a*).

Во время родовъ могутъ возникнуть различныя осложненія въ зависимости отъ гиперплазіи и плотности шейки: недостаточное расширеніе зѣва, преждевременное излітіе водъ, аномалии родовыхъ потугъ. Для леченія этихъ осложненій могутъ быть примѣняемы: вселеніе метрейринтера, расширеніе шейки по *Bossi*, надрѣзы шейки, наконецъ, влагалищное кесарское сѣченіе.

## Глава X.

### Выворотъ матки.

Otto Küstner'a.

Подъ выворотомъ матки (*inversio uteri*) мы понимаемъ такое положеніе этого органа, которое по отношенію къ влагалищу и прямой кишкѣ мы называемъ выпаденіемъ — *prolapsus vaginae et recti*, а по отношенію къ кишкамъ внѣдреніемъ — *invaginatio intestinorum*. При этомъ положеніи одна часть матки бываетъ внѣдрена въ другую, или же вся матка выворочена такъ, что внутренняя поверхность ея, одѣтая слизистой оболочкой, образуетъ выпуклость, а наружная поверхность, покрытая брюшиной, — углубленіе или такъ называемую «воронку выворота». Различаютъ полный и неполный вывороты. При первомъ вывернувшійся органъ можетъ или оставаться въ вагинѣ, или же совершенно выйти изъ нея наружу (выворотъ съ выпаденіемъ); напротивъ, при неполномъ выворотѣ дѣло можетъ сводиться лишь къ неглубокому внѣдренію дна или маточной стѣнки въ полость органа.

Чтобы быть полѣдовательнымъ, нужно было-бы причислить къ выворотамъ, какъ это сдѣлалъ *Schultze*, и т. наз. *ectropion* слизистой оболочки шейки, наблюдаемый часто послѣ обширныхъ разрывовъ влагалищной части и рѣже безъ разрывовъ, при сильномъ опуханіи слизистой оболочки вслѣдствіе воспалительныхъ процессовъ.

*Inversio uteri* вызывается сильнымъ влеченіемъ, мѣстомъ приложенія котораго служить внутренняя поверхность органа. Влеченіе это производится: а) въ послѣдовомъ періодѣ родовъ — со стороны неотдѣлившейся еще плаценты, б) въ другихъ случаяхъ — со стороны внутриматочныхъ опухолей. Механизмъ образованія выворота тамъ и здѣсь одинаковъ. Тѣмъ не менѣе клинически обѣ формы инверзии, т. е. пуэрперальная и вызванная опухолями, разграничиваются очень рѣзко.

Пуэрперальный выворотъ развивается въ большинствѣ случаевъ благодаря нераціональному потягиванію за пуповину. Вслѣдствіе этого врачи имѣютъ очень рѣдко возможность видѣть это страданіе *in statu nascendi*. Иногда эта форма выворота можетъ происходить и оттого, что ребенокъ при рожденіи самъ тянетъ за короткую (*Dyhrenfurth* — 3,5 сантиметра) или обмотавшую его пуповину, затѣмъ — при выжиманіи послѣда по *Credé*, наконецъ, — даже при самопроизвольномъ выходѣ послѣда. *Conditio sine qua non* для образованія выворота служитъ при этомъ вялость маточныхъ стѣнокъ въ то время, когда происходитъ влеченіе. Если матка въ это время сокращена, то она стойко сохраняетъ свою форму,

и выворота обыкновенно не происходит. Этимъ объясняется, почему выворотъ часто наблюдается при т. наз. трупныхъ родахъ, когда плодъ выталкивается изъ матки мертвой женщины.

Ненкел наблюдалъ однажды пуэрперальный выворотъ одного рога при *uterus bicornis*. Случай самопроизвольнаго выворота матки независимо отъ пуэрперія и маточныхъ опухолей являются рѣдкостью; Fallerton и Fellenberg наблюдали ихъ у старухъ, страдавшихъ выпаденіемъ матки, а Olshausen — у одной 18-лѣтней дѣвушки, не имѣвшей никакихъ аномалій полового прибора.



Рис. 146. Картина выворота со стороны брюшной полости. Видна воронка выворота, въ которую входятъ трубы и *ligamenta ovariorum*. Спереди (на рисункѣ снизу) — пузырь, сзади (на рисункѣ сверху) толстая кишка съ *Douglas*'овымъ карманомъ. Больная 35 лѣтъ, начавшая менструировать съ 16 лѣтъ, рожавшая 5 разъ, послѣдній разъ 4 года тому назадъ. Непосредственно послѣ пятихъ родовъ у ней начались очень сильныя кровотеченія изъ половыхъ органовъ. Пациентка переладала, что при родахъ акушерка вошла рукою во влагалище и сильно потянула за пуповину, послѣ чего больная почувствовала внезапно сильную боль въ животѣ, и одновременно съ этимъ, вмѣстѣ съ пуповиной, выпала наружу чрезъ половую щель большая опухоль. Хотя плацента была удалена, и акушерка сдѣлала попытку вправить органъ, однако кровотечение не прекратилось, и пациентка упала въ обморокъ. Послѣ этого попытки вправить матку дѣлалъ врачъ, но также безуспѣшно. Кровотечение послѣ того продолжалось и ослабло лишь шесть недѣль спустя.

Съ этого времени больная стала страдать періодическими кровотеченіями, повторявшимися каждыя двѣ недѣли и продолжавшимися по 6 дней. Въ мѣсячныхъ у больной имѣли мѣсто сильныя бѣлы. Уже нѣсколько мѣсяцевъ къ страданію половой сферы присоединились кашель съ обильной мокротой и поносы. Исслѣдованіе больной дало слѣдующіе результаты: пациентка чрезвычайно анемична, слаба и худя; матка выворочена, причѣмъ большая часть эпителия слизистой ея оболочки слущена, и сама писоса отдѣляетъ гной; рѣзко выраженный бронхитъ; въ мокротѣ туберкулезныхъ bacillae не найдено. 16/VIII 1888 г. была сдѣлана подъ наркозомъ попытка вправить выворотъ, причѣмъ влагалищная часть была захвачена пулевыми щипцами, и примѣнено энергичное ручное вправление вывороченной матки; попытка, однако, осталась безъ успѣха. Вечеромъ температура 40,7°, пульсъ 108, сильныя боли внизу живота; назначены карболовая сприндованія влагалища. 20/VIII въ рукавъ былъ введенъ туго наполненный колыпейричь, послѣ чего колыпейричь началъ примѣняться почти безпрерывно, причѣмъ колыпейричь вынимался только на время для очистки. До 31/VIII этотъ методъ не далъ, однако, никакихъ результатовъ, вслѣдствіе чего была предпринята подъ наркозомъ новая попытка вправления, но опять безъ успѣха. Затѣмъ сноа примѣненъ систематическій колыпейричь до 8/IX. Наконецъ, такъ какъ послѣдній продолжалъ оставаться безуспѣшнымъ, 8/IX было произведено чревосѣченіе. Насильственное растяженіе воронки выворота со стороны брюшной полости пальцами и потомъ клявовиднымъ расширителемъ, однако, и теперь не дало результатовъ, почему брюшная рана была закрыта, и предпринята ампутація инвертированнаго маточнаго тѣла со стороны влагалища, съ зашиваніемъ маточной культы. 11/IX смерть при явленіяхъ септического перитонита и гнойнаго бронхита. Быть можетъ, зараженіе наступило еще до операци, изъ гнойнаго салпингита.

Самымъ рѣзкимъ припадкомъ, развивающимся непосредственно вслѣдъ за образованіемъ выворота, является въ большинствѣ случаевъ, наряду съ тяжелымъ колыпсомъ, значительное кровотечение. Кровотечение это является однимъ изъ главныхъ предметовъ жалобъ больныхъ (среди 100 случаевъ, собранныхъ Vogel'em, изъ литературы, оно наблюдалось въ 23, въ томъ числѣ у 19 — уже черезъ нѣсколько часовъ послѣ родовъ). Въ слѣдующіе дни послѣ родового періода кровотечение постепенно стихаетъ, и состояніе родильницы начинаетъ внушать меньшія опасенія. Обратное развитіе несмѣщенной части шейки идетъ съ нормальной скоростью, насколько позволяетъ это ущемленное маточное тѣло: напротивъ, послѣ родовая инволюція послѣдняго значительно отстаетъ. Стриктуря шейки вызываетъ въ немъ застой и отекъ, причѣмъ, чѣмъ больше прошло времени съ момента выворота, тѣмъ рѣзче становится раз-



нища между узкостью сохранившейся части шеечного канала и большимъ объемомъ вывороченнаго маточнаго тѣла. Меноррагіи продолжаются непрерывно, пока, наконецъ, больная, потерявъ массу крови, не обратится къ специалисту. Въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ бываетъ такъ, что кровотечения постепенно ослабѣваютъ, и больныя ходятъ съ вывороченной маткой цѣлые годы, не ощущая особенныхъ страданій.

Диагнозъ выворота можно предугадать уже на основаніи анамнеза, поставить же его навѣрное можно при помощи тщательнаго бимануальнаго изслѣдованія, если мы наружной рукой прощупаемъ инверзионную воронку: около кольца послѣдней можно по большей части опредѣлить яичники. Изслѣдованіе *per vaginam* обнаруживаетъ присутствіе въ рукавѣ тѣла, выходящаго изъ наружнаго маточнаго зѣва и похожаго по формѣ и консистенціи на миома-тозный полипъ. Слизистая оболочка, одѣвающая это тѣло, оказывается вполнѣ сохранившеюся лишь на немногихъ мѣстахъ, причемъ она представляется гипертрофированною и покрытою кровоподтеками: въ другихъ мѣстахъ она исчезла вслѣдствіе некроза, причемъ здѣсь видна обнаженная *muscularis*. Всякое изслѣдованіе сопровождается кровотеченіемъ.

Чѣмъ раньше больная съ пuerperальнымъ выворотомъ обращается къ врачу, тѣмъ успешнѣе бываетъ леченіе. Лучше всего вывороченную матку вправить бимануальнымъ способомъ. Для этого больную усыпляютъ, наружной рукой поддерживаютъ край воронки выворота, а другую руку цѣлкомъ вводятъ во влагалище, сильно сжимаютъ ею маточное тѣло и стараются продвинуть его вверхъ чрезъ воронку. Этотъ приемъ обыкновенно увѣнчивается успѣхомъ при свѣжихъ выворотахъ; позже дѣло становится труднѣе. Чтобы сильнѣе фиксировать воронку выворота, можно влагалищную часть захватить двумя или болѣе пулевыми щипцами или продѣть сквозь нее широкія шелковыя тесемки.

Если матка уже подверглась послѣродовому обратному развитію, то ручное вправленіе выворота зачастую не ведетъ къ цѣли, и приходится прибѣгать къ постепенному вправленію выворота путемъ постояннаго давленія со стороны влагалища. Съ этою цѣлью въ



Рис. 147. *Inversio uteri puerperalis inveterata*. Увеличенное тѣло матки лежитъ во влагалищѣ. У края воронки выворота виденъ лѣвый яичникъ и бахромчатый конецъ лѣвой трубы. Больная 19 лѣтъ, пuerperальный выворотъ наступилъ у нея 4 мѣсяца тому назадъ, при первыхъ родахъ, вслѣдствіе того, что плацента была вытянута за пуповину неопытной рукою. Послѣ многихъ безуспѣшныхъ попытокъ къ вправленію была сдѣлана операція по способу Кюстера.

рукавъ вводятъ кольпейринтеръ, наполненный воздухомъ или жидкостью. Продолжительное примѣненіе кольпейриза даетъ хорошіе результаты даже въ тѣхъ случаяхъ, когда бимануальный способъ оказывается совершенно безуспѣшнымъ. Коскс придать кольпейринтеру особенно удобную для данной цѣли форму. Менѣе хорошіе результаты даетъ тампонація влагалница іодоформенной марлей.

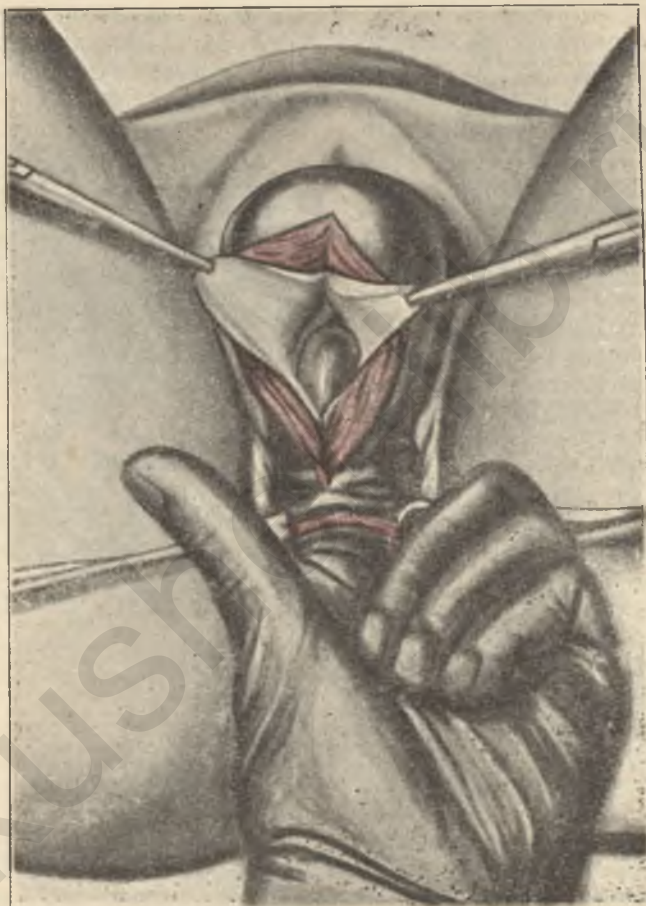


Рис. 148. Сохраняющая операция выворота матки по Küstnerу. Задній Douglas'овъ карманъ поперечно вскрытъ со стороны рукава. Передній край этого разрѣза растянуть въ поперечномъ направленіи при помощи 2 пулевыхъ шипцовъ. Указательный палецъ лѣвой, одѣтой въ перчатку, руки, введенъ черезъ разрѣзъ въ инверзионную воронку матки, которая смѣщена наружу изъ половой щели. По этому пальцу задняя, обращенная къ зрителю стѣнка органа разрѣзана въ сагитальномъ направленіи, и края разрѣза брюшины, покрывающей заднюю стѣнку, растянуты шипцами, такъ что черезъ разрѣзъ видна верхушка пальца, введеннаго въ воронку. О дальнѣйшей процедурѣ операции см. въ текстѣ, стр. 169. (V e i t's Handbuch d. Gynaekologie, 2 Aufl.).

Если вправленіе вывороченной матки указанными способами не удастся, то необходимо оперативное вмѣшательство.

Раньше примѣнялись два метода послѣдняго: брюшное чревосѣченіе съ послѣдующимъ вправленіемъ матки и ампутація вывернутаго маточнаго тѣла.

Результаты перваго способа были неособенно блестящи: съ вскрытіемъ брюшной полости не улучшаются существеннымъ образомъ условия для облегченія вправленія матки; немногочисленныя брюшинныя сращения, находящіяся въ воронкѣ выворота, являются самымъ меньшимъ препятствіемъ для вправленія. Главная же помѣха остается, несмотря на чревосѣченіе, — это стойкія измѣненія самой маточной ткани, именно, сильный, напряженный, не уступающій давленію отекъ маточнаго тѣла, соединенный съ новообразованиемъ соединительной ткани (хронической метритъ) и атрофіей тканей, входящихъ въ составъ воронки выворота. Даже послѣ энергичнаго расширенія воронки пальцемъ или клювовиднымъ расширителемъ попытки вправленія матки могутъ оказаться безуспѣшными.

Лишь въ немногихъ случаяхъ вправленіе удается послѣ разрѣза воронки выворота со стороны брюшной полости (случай Thomas'a, въ послѣднее время Everke), въ другихъ же случаяхъ, изъ которыхъ одинъ мнѣ самому пришлось наблюдать, вправленіе per laparotomiam остается безъ успѣха (см. рис. 146). Вслѣдствіе этого прежніе гинекологи зачастую прибѣгали къ уродующимъ операціямъ. Если была сдѣлана лапаротомія, то проще всего было прибѣгнуть къ кастраціи. Добраться до яичниковъ въ большинствѣ случаевъ очень легко, — они лежатъ, конечно, около воронки выворота. Послѣ кастраціи наступаетъ атрофія матки, а впослѣдствіи возможно и самопроизвольное вправленіе ея. Впрочемъ въ настоящее время къ кастраціи обычно не прибѣгаютъ, а охотнѣе экстирпируютъ черезъ вскрытый животъ матку, оставляя по крайней мѣрѣ одинъ яичникъ.

Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ чревосѣченіе почему-либо являлось невыполнимымъ, въ прежнее время считалась показанною ампутація матки per vaginam, производившаяся или съ примѣненіемъ резинового жгута, или съ наложеніемъ лигатуръ en masse, или съ отдѣльнымъ обкалываніемъ кровотокащихъ сосудовъ; непременнымъ условіемъ при этой операціи было тщательное зашиваніе какъ брюшинной раны, такъ и канала шейки, такъ какъ послѣ операціи можно было ожидать самопроизвольнаго вправленія шейечной культи. При невривимомъ выворотѣ прежде прибѣгали также къ полной экстирпаціи матки per vaginam, что давало больше шансовъ на выздоровленіе, такъ какъ здѣсь раны лежатъ не въ маточной мускулатурѣ, а въ связкахъ.

Рѣшительный поворотъ къ лучшему въ леченіи выворота наступилъ съ тѣхъ поръ, когда мнѣ впервые удалось достигнуть вправленія путемъ разсѣченія стѣнки матки. Я вскрывалъ заднее Douglas'ovo пространство, отсюда проникалъ однимъ пальцемъ въ воронку выворота и разсѣкалъ по нему заднюю стѣнку матки. Послѣ этого я вправлялъ матку, ретрофлексировалъ ее, втягивалъ во влагалище черезъ поперечную рану въ заднемъ сводѣ, зашивалъ разрѣзъ маточной стѣнки, обратно вводилъ органъ въ брюшную полость и закрывалъ влагалищную рану. Операція эта удавалась какъ мнѣ, такъ и другимъ операторамъ (Перлисъ, Switalski, Melzel, Robb и др.), причемъ мой способъ былъ видоизмѣненъ Polk'омъ, Spinelli, Kehrer'омъ и Thorn'омъ, которые стали разсѣкать переднюю стѣнку.

Въ очень немногихъ случаяхъ разбираемая операція не достигала цѣли (Salin, Josephson). Въ послѣднихъ случаяхъ разрѣзъ матки навѣрно былъ недостаточно великъ, такъ какъ иначе то, что не могло пройти черезъ отверстіе цѣликомъ, должно было бы пройти по частямъ.

Большое значеніе имѣетъ тотъ фактъ, что нѣкоторыя изъ перенесшихъ операцію женщинъ впослѣдствіи были беременны, доносили до срока и родили (одинъ случай Vogt'a и 2 случая Keilmanp'a; къ числу такихъ женщинъ относится и та больная, на которой я впервые произвелъ данную операцію).

На будущее время я рекомендую не пытаться слишкомъ долго вправлять застарѣлые вывороты при помощи бимануальнаго способа или при помощи тампонаціи влагалища, но возможно скорѣе прибѣгать къ операціи. Послѣдняя менѣе опасна, чѣмъ грубые меха-

нические инсульты, которым подвергается матка при попытках вправления и кольпейризи. Зачастую при них наблюдалось повышение т°. При производствѣ операции надо сначала, вскрыть задній Douglas'овъ карманъ со стороны рукава, разсѣчь заднюю стѣнку

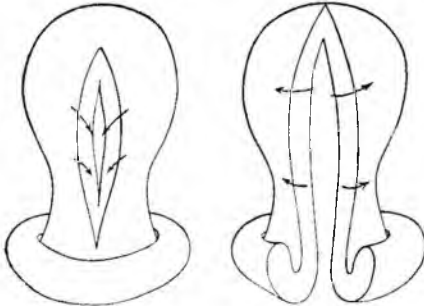


Рис. 149.

Рис. 150.

Рис. 149 и 150 представляют вывороченную матку; сверху находится сохраняющаяся влагалищная часть, через которую выпячивается вывороченный органъ. На рис. 149 изображенъ разрѣзъ задней стѣнки, не достигающій до *portio vaginalis* и до дна матки. Стрѣлки обозначаютъ направлѣніе, въ которомъ я въ своихъ случаяхъ вправляла матку. Рис. 150 изображаетъ разрѣзъ задней стѣнки, захватывающій влагалищную часть и дно матки. Стрѣлки обозначаютъ направлѣніе, въ которомъ я вправляла матку *Westermarck* и *Borelius*.

матки на протяженіи 5 сант. Если при этомъ правленіе не удастся, то продолжаютъ разрѣзъ матки черезъ *portio vaginalis* вплоть до разрѣза задняго свода, какъ это выполнено впервые *Westermarck*'омъ и *Borelius*'омъ, предложено же сначала мною. Когда, такимъ образомъ, органъ будетъ разрѣзанъ по всей длинѣ, то вправленіе его становится возможнымъ во всѣхъ случаяхъ (рис. 149 и 150). Такимъ образомъ можно во всѣхъ случаяхъ пуперерального выворота избѣгнуть какъ ампутаціи маточнаго тѣла, такъ и полной экстирпациі матки.

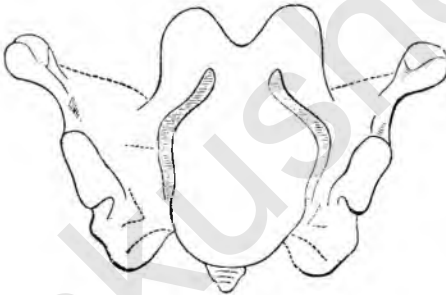


Рис. 151. Неполный выворотъ матки, вызванный миомой, родившейся въ рукавъ. Въ послѣднемъ находится миома, нагноившаяся въ нижнемъ своемъ отдѣлѣ, величиною въ дѣтскую головку. Край наружнаго маточнаго зѣва сплюснутъ и лежитъ приблизительно на высотѣ тазоваго входа. Со стороны брюшныхъ покрововъ, вслѣдствіе ихъ тонкости, весьма ясно можно прощупать плоскую воронку неполнаго выворота, края которой возвышаются въ видѣ большихъ бугровъ, похожихъ, особенно съ лѣвой стороны, на опухолевые узлы. 10 IV 1891 г. сдѣланъ кругомъ опухоли надрѣзъ приблизительно по ея экватору, и опухоль тупымъ путемъ выдучена. 19 IV 1891 г. матка совершенно вправилась; въ полость ея все еще можно проникнуть пальцемъ, причемъ оказывается, что она имѣетъ 8 сантиметровъ длины; влагалищная часть ясно сформирована; на стѣнкахъ матки нигдѣ нельзя открыть узловъ миомы. Выздоровленіе.

Вывороты, вызванные подслизистыми опухолями, обычно являются лишь неглубокими втягиваніями маточной стѣнки; иногда, однако, они бываютъ такими же полными, какъ и пупереральные.

Каждая опухоль, лежащая въ маткѣ субмукозно, вызываетъ сильныя сокращенія маточнаго тѣла, которыя въ концѣ концовъ ведутъ, если только этому не мѣшаютъ условія прикрѣпленія опухоли, къ рожденію послѣдней во влагалище или въ шейку. При этомъ ножка опухоли, ранѣе бывшая достаточно длинною и растяжимою, чтобы допустить рожденіе опухоли, зачастую теряетъ эти свойства послѣ указаннаго акта. Ножка, позволившая опухоли спуститься въ шейку, оказывается черезчуръ короткой, когда опухоль лежитъ во влагалищѣ, внѣ наружнаго маточнаго зѣва. Поэтому, прошедши черезъ наружный зѣвъ, опухоль занимаетъ относительно этого послѣдняго такое же положеніе, какъ коротко пришитая

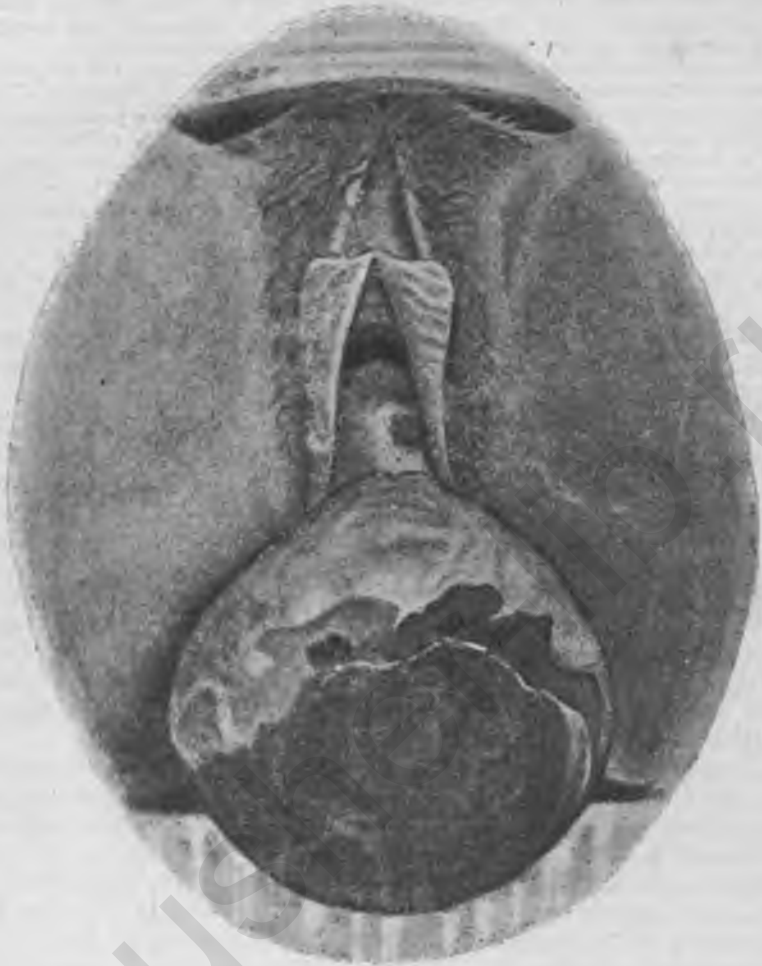


Рис. 152. Полный выворотъ и выпаденіе матки, обусловленные субмукозною міомою, съ дѣтскую головку величиною, отходившею отъ дна матки. Больная 40 лѣтъ, рожала 2 раза, въ послѣдній разъ 15 лѣтъ тому назадъ. За послѣдніе 2 1/2 года обильныя мѣсячныя, въ промежуткахъ между ними — серозно-кровянистыя, иногда серозно-гнойныя бѣли. 2 года назадъ больная замѣтила у себя въ рукавѣ опухоль; недѣлю назадъ у ней вдругъ развилось сильное кровоточеніе, и опухоль вышла изъ половой щели наружу, причемъ это сопровождалось сильными схваткообразными болями. 16 IX 1891 осмотръ больной далъ ту картину, которая изображена на рисункѣ (въ натуральной величины). Опухоль имѣла 11 сант. въ поперечникѣ, ножка ея т. е. вывороченная матка, — 4 сант. Нижняя половина опухоли была покрыта черной, похожей на кожу массой (свернувшаяся кровь, омертвѣвшая ткань и грязь), верхняя же, отличавшаяся синекраснымъ цвѣтомъ, была покрыта слизью и гноемъ, такъ же, какъ и нижняя часть „ножки“; верхняя часть послѣдней представлялась сильно васкуляризированной, гиперэмичною. Въ рукавѣ можно было проникнуть на длину пальца. На этой высотѣ стѣнка рукава переходила въ „ножку“ опухоли, причемъ никакихъ слѣдовъ влагалищной части не опредѣлялось. Со стороны передняго свода, черезъ тонкую стѣнку рукава, можно было ясно ощутить два тяжа, шедшіе отъ боковыхъ стѣнокъ таза къ верхнему концу „ножки“ и переходившіе въ послѣдній (ligg. ovariorum, ligg. rotunda и трубы). Консистенція опухоли представлялась плотною, какъ у міомъ, консистенція „ножки“ — мягкою. Пациентка выглядѣла крайне истощенною; вѣ доходила до 40,6 Ц. 19 XI „ножка“ была провизорно перетянута резиновымъ жгутомъ, опухоль какъ разъ въ мѣстѣ своего прикрѣпленія вылушена, затѣмъ жгутъ снятъ, и кровоточащія мѣста раны обколоты. Въ заключеніе „ножка“ была задвинута въ рукавъ, и послѣдній выполненъ йодоформной марлей. Опухоль вѣсила 545 грам. и представляла собой міому, которая въ нижнемъ своемъ сегментѣ подверглась гнилостному распаденію. На другой день послѣ операціи вѣ у больной упала до нормы, состояніе больной, субъективно и объективно, — превосходное. Черезъ 3 дня тампонъ былъ вынутъ, причемъ матка оказалась вправившеюся; длина ея полости равнялась 6 сант.; влагалищная часть была хорошо образована. 6 XII пациентка оставила клинику здоровою.

пуговица относительно петли, т. е. она тянет за собою стѣнку матки. Если при этомъ матка находится въ состояніи длительного сокращенія, то она сохраняетъ свою форму; если же она вяла, то тянущая опухоль выворачиваетъ ее.

Тотъ же самый механизмъ имѣетъ мѣсто тогда, когда мы, для оперативнаго удаленія внутриматочно сидящей опухоли, сильно вытянемъ ее щипцами. Сильное влеченіе можетъ иногда вызвать выворотъ, если даже особеннаго ослабленія матки и не имѣется, или, по крайней мѣрѣ, его нельзя доказать. Въ обоихъ случаяхъ очень важно распознать выворотъ, такъ какъ въ противномъ случаѣ мы подвергаемся опасности сдѣлать при ампутаціи опухоли рану въ области воронки выворота. Воронку эту можно прощупать даже при очень неглубокихъ выворотахъ. Врачъ, обладающій нѣкоторымъ опытомъ въ изслѣдованіи, никогда не просмотритъ выворота, если только заподозритъ его возможность.

При высшей степени выворота, когда опухоль и внутренняя поверхность матки лежатъ внѣ наружныхъ половыхъ органовъ, можно ампутировать опухоль подъ контролемъ глаза, причемъ, твердо держа ея границъ, можно избѣгать вскрытія брюшной полости. Труднѣе это бываетъ, когда приходится ампутировать опухоль во влагалищѣ, т. е. наощупъ. Въ такихъ случаяхъ нужно дѣйствовать по возможности тупымъ образомъ, путемъ энуклеаціи.

Вышесказанное относится, конечно, лишь къ доброкачественнымъ опухолямъ. Впрочемъ именно такія-то опухоли, именно міомы, главнымъ образомъ и вызываютъ вывороты. Если же при энуклеаціи опухоль окажется саркомною, — какъ то имѣло мѣсто въ нѣсколькихъ случаяхъ, — то нужно немедленно или же послѣ энуклеаціи сдѣлать полную экстирпацію матки. Радикальное вмѣшательство является цѣлесообразнымъ и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ выворотъ вызванъ, хотя и міомой, но раславшейся.

Вывороты, вызванные опухолями, зачастую вправляются весьма скоро, сами, разъ опухоль будетъ удалена. Дѣло въ томъ, что здѣсь нѣтъ ущемляющей шейки, которая подвергается обратному развитію и стягивается, а равно нѣтъ и остающаго отъ шейки въ обратномъ развитіи маточнаго тѣла, какъ это бываетъ при пуэрперальномъ выворотѣ. Въ другихъ случаяхъ самопроизвольнаго вправленія не происходитъ, и тогда нужно поступать такъ, какъ при застарѣломъ пуэрперальномъ выворотѣ. Если-бы, какъ это уже не разъ наблюдалось, послѣ удачнаго вправленія выворота матка опять выворотилась, то слѣдуетъ сдѣлать вентрофиксацію, вагинофиксацію или полную ея экстирпацію.

## Глава XI.

### Эндометритъ. — Метритъ.

Otto Küstner'a.

Эндометритъ и метритъ, т. е. воспаленіе слизистой оболочки матки и воспаленіе маточной мускулатуры, при научномъ изложеніи предмета не могутъ быть раздѣляемы другъ отъ друга, но должны быть разсматриваемы съ однихъ и тѣхъ же точекъ зрѣнія (Döderlein). Поскольку дѣло здѣсь идетъ о настоящихъ воспаленіяхъ, эндометритъ и метритъ оба получаютъ свое начало изъ эндометрія, мускулатура же матки заболѣваетъ лишь вторично. Несмотря на то, я въ настоящемъ трудѣ употреблю оба термина, примѣняя выраженіе «метритъ» (метритическій процессъ) для тѣхъ процессовъ, которые локализируются главнымъ образомъ въ маточной мускулатурѣ, а «эндометритъ» — для тѣхъ, мѣстомъ локализациі которыхъ преимущественно является слизистая оболочка матки.

Всѣ формы эндометрита могутъ быть раздѣлены на двѣ группы: къ первой относятся микробныя воспалительныя заболѣванія эндометрія, ко второй — тѣ воспалительные процессы, которые разыгрываются въ слизистой оболочкѣ матки независимо отъ ея инфекціи. По самой природѣ вещей микропаразитарныя формы всѣ имѣютъ острую стадію. Напротивъ, непаразитарнымъ формамъ свойственно болѣе хроническое теченіе. Это обстоятельство разграничиваетъ обѣ группы еще рѣзче, такъ что мы можемъ различать микропаразитарныя острия и непаразитарныя хроническія формы эндометрита.

Для болѣе основательнаго уразумѣнія вышесказаннаго необходимо ознакомиться съ нормальной микрофлорой женскаго полового тракта.

Что касается бактерий наружныхъ половыхъ органовъ, то, по мнѣнію Menge, большая часть ихъ происходитъ изъ влагалища; этимъ, однако, не исключается возможность попаданія бактерий снаружи, — вѣдь и тѣ бактерии, которыя вскорѣ послѣ родовъ заселяютъ стерильный рукавъ новорожденныхъ дѣвочекъ, попадаютъ туда чрезъ вульварное кольцо извнѣ. Бактеріи эти — по преимуществу обязательныя анаэробныя сапрофиты; впрочемъ, въ вульвѣ можно встрѣтить и патогенныя формы, каковы: стрептококки, желтые стафилококки, *Bacterium coli*, туберкулезныя бактеріи и гонококки, хотя дѣйствія этихъ формъ на ткани наружныхъ половыхъ частей и нельзя констатировать.

Влагалище новорожденной дѣвочки, какъ сказано, лишено зародышей, но остается таковымъ недолго. Между микробами, проникающими въ рукавъ во время внѣтробной жизни, можно встрѣтить чаще другихъ *bacillum vaginalem* Döderlein'a.

При половомъ общеніи во влагалище попадаютъ еще и другіе микробы, которые потомъ могутъ въ немъ вегетировать. Между ними можно найти и гноерод-

ная формы. По мнѣнію Menge, наиболѣе богатой и разнообразной является микрофлора женщинъ, находящихся въ климактерическомъ возрастѣ.

Нормальный влагалищный секретъ дѣйствуетъ бактерицидно, благодаря своей кислой реакціи, недостатку кислорода, имѣющимся въ немъ лейкоцитамъ и примѣшанному къ нему тканевому соку (Menge). Съ потерей кислой реакціи во время климактерія влагалищный секретъ свои бактерицидные свойства.

Трубы, маточное тѣло и верхній отдѣлъ шейки въ нормальныхъ условіяхъ свободны отъ микробовъ; таковою же, по мнѣнію Menge, является и вся полость шейки. Впрочемъ здѣсь многое зависитъ отъ анатомическаго состоянія нижней части шейки, — чѣмъ шире раскрытъ наружный зѣвъ, тѣмъ далѣе проникаютъ микробы въ шейку, причемъ микрофлора послѣдней является таковою же, какъ и влагалищная. Слизь шейки также обладаетъ бактерицидными свойствами (Menge, Walthard).

**Острыя формы эндометрита, вызываемыя микробами, суть: гнойный (септический), гнилостный, гонорройный, бугорчатый и дифтеритическій эндометриты.**

Гнойный эндометритъ развивается преимущественно послѣ родовъ или выкидышей. Въ большинствѣ случаевъ возбудителями его являются стрептококки, а иногда желтые стафилококки, занесенные въ матку чрезъ посредство пальцевъ, марли и инструментовъ. Непуэрпериальный гнойный эндометритъ вызывается иногда занесеніемъ заразы въ матку во время операций, въ особенности же при выскабливаніи, при ощупываніи полости матки пальцемъ и при введеніи въ нее нечистыхъ ламинарій и марли. Гнилостный эндометритъ возникаетъ вслѣдствіе развитія гнилостныхъ микробовъ на некротизированныхъ участкахъ ткани внутри матки, каковыми бываютъ обыкновенно остатки плаценты, плоднаго яйца при выкидышѣ и кусочки слизистой оболочки, оставшіеся послѣ выскабливанія. Здѣсь дѣйствуютъ тѣ же случайныя причины, какъ и при гнойной формѣ. Гонорройный эндометритъ обусловливается проникновеніемъ въ полость матки гонококковъ. Сообразно вирулентности и анатомическимъ отношеніямъ, благопріятствующимъ проникновенію гонококковъ, послѣдніе могутъ поразить только шейку матки, при высокой же вирулентности или во время родовъ они могутъ проникнуть и въ маточное тѣло. Туберкулезный эндометритъ получается при инфекціи матки туберкулезнымъ сѣменемъ или же вслѣдствіе инфекціи крови бугорчатыми палочками; онъ можетъ возникнуть и вторично, въ связи съ бугорчатымъ сальпингитомъ или перитонитомъ. Настоящій дифтеритическій эндометритъ наблюдался лишь весьма рѣдко у родильницъ (Виттомъ и Nisot и мною [послѣ аборта]).

Анатомическія измѣненія при указанныхъ формахъ эндометрита сводятся къ слѣдующему:

При гнойной формѣ эндометрита мы обнаруживаемъ, что стрептококки или стафилококки проникаютъ глубоко въ слизистую оболочку матки, гесп. въ остатокъ ея или отпадающей оболочки, причемъ ткань въ окрестности микробныхъ фокусовъ обнаруживаетъ въ большей или меньшей степени воспалительную реакцію. Равнымъ образомъ бываетъ пронизанъ кокками и миометрій, а иногда и брюшинный покровъ. При такихъ распространенныхъ процессахъ разграниченіе эндометрита, метрита и периметрита — немыслимо; оно было-бы чрезъчуръ искусственнымъ.

Отношеніе гонококковъ къ различнымъ тканямъ матки — аналогично. Они также проникаютъ не только въ слизистую оболочку, но и въ мускулатуру матки (Wertheim). Рѣдко, благодаря раздраженію со стороны гонококковъ, цилиндрической эпителии маточной мукозы превращается въ многослойный плоскій или переходный.

При этой формѣ, какъ и при гнойной, мы находимъ въ стѣнкахъ матки очаги гнойныхъ клѣтокъ. При обѣихъ формахъ очаги эти могутъ сливаться въ абсцессы, хотя чаще это бываетъ при гнойномъ эндометритѣ. При этомъ могутъ развиваться столь обширныя нагноенія, что большіе куски маточной стѣнки отслаиваются абсцессами, секвестрируются и in toto отторгаются (metritis dissecans).

При гнилостныхъ формахъ, по Витт'у, гнилостные зародыши проникаютъ лишь въ наружные слои слизистой, гесп. отпадающей оболочки. Глубже образуется демаркаціонная полоса, мѣшающая дальнѣйшему проникновенію микробовъ.



При бугорчатомъ эндометритѣ туберкулезныя палочки также проникаютъ въ слизистую оболочку, которая бываетъ усѣяна гигантскими клѣтками и бугорками, а часто вслѣдствіе некроза превращается въ казеозную, сѣрую, маркуую массу.

Если эндометритъ обусловленъ микробами, то послѣдніе, проникая чрезъ наружный маточный зѣвъ въ матку, по пути инфицируютъ слизистую оболочку шейки совершенно такъ же, какъ и слизистую оболочку матки. Вышесказанное справедливо прежде всего для гонококковъ. Гнойный же и гнилостный эндометритъ, если они возникаютъ въ послѣродовомъ періодѣ, локализируются преимущественно въ маточномъ тѣлѣ и въ верхнемъ отдѣлѣ шейки. Если гнойный эндометритъ былъ послѣдствіемъ зараженія при внутриматочныхъ манипуляціяхъ, и если при этомъ было инфицирована и повреждена шейка, то мы и въ этой послѣдней находимъ гнѣзда стрептококковъ, инфильтрацію ткани и некрозы. Относительно туберкулезнаго эндометрита мнѣ приходилось наблюдать, что онъ рѣзко ограничивался маточнымъ тѣломъ.

При вышеуказанныхъ формахъ эндометрита отношеніе специфическихъ микробовъ къ тканямъ матки изучено вполне хорошо. Далеко нельзя того же сказать о формахъ міо-эндометрита, находящагося въ связи съ острыми инфекціонными заболѣваніями. Славянскій первый доказалъ, что такого рода воспаленія эндометрія встрѣчается при холерѣ, а ученикъ его Массенъ наблюдалъ ихъ при тифѣ, пневмоніи, возвратной горячкѣ и дизентеріи. Позже аналогичныя воспаленія были наблюдаемы другими изслѣдователями въ качествѣ сопутствующихъ явленій при другихъ инфекціонныхъ заболѣваніяхъ (инфлюенца — Biegner). Для всѣхъ этихъ воспаленій общей является гиперемія слизистой оболочки матки съ кровоизліяніями въ ея толщу и кровотечениями изъ свободной поверхности мукозы (главный симптомъ). Если больная беременна, то такого рода кровотечения ведутъ къ преждевременному прерыванію беременности.



Рис. 153. Слизистая оболочка матки. Слизистыя железы перерѣзаны въ продольномъ, поперечномъ и косомъ направленіяхъ. Эпителій свободной поверхности отпалъ. Этотъ участокъ мукозы взятъ изъ окрестности внутренняго маточнаго зѣва у дѣвицы. Лѣвая половина принадлежитъ шейкѣ, а правая маточному тѣлу. Изъ рисунка можно убѣдиться, что тисоза верхняго отдѣла шейки весьма похожа на слизистую оболочку маточнаго тѣла; подобно послѣдней, она содержитъ цилиндрическія железы и только является тоньше слизистой оболочки тѣла матки. Характерныя слизистыя цервикальныя железы начинаются лишь въ нижней части шейки, которая не попала въ разрѣзъ.

Предположеніе, что указанныя формы эндометрита являются послѣдствіемъ попадания специфическихъ микробовъ въ слизистую оболочку матки, мало правдоподобно. Заболѣваніе слизистой оболочки здѣсь скорѣе зависитъ отъ дѣйствія на нее токсиновъ, но, быть можетъ, здѣсь дѣйствуютъ и совершенно другіе этиологическіе моменты <sup>1)</sup>.

Спеціальное описаніе острыхъ микробныхъ формъ эндометрита, а также ихъ симптоматологія, діагнозъ и терапія — будутъ изложены нами въ главахъ о гонорреѣ, бугорчаткѣ и сепсисѣ.

Отъ микробныхъ формъ нужно отличать тѣ формы эндометрита,

1) Новидимому, въ однихъ случаяхъ эндометритъ при острыхъ инфекціонныхъ болѣзняхъ возникаетъ вслѣдствіе занесенія микробовъ въ слизистую оболочку матки, въ другихъ же случаяхъ — благодаря дѣйствію на мукозу вырабатываемыхъ микробами токсиновъ (см. новѣйшія работы Costa и др.). В. Г.

при которых влияние бактерий или совершенно отсутствует, или не может быть констатировано, и где лишь постепенно и как-бы крадучись возникает состояние, называемое нами *endometritis chronica hyperplastica*. Надо замѣтить, что для нѣкоторыхъ изъ этихъ формъ название, характеризующее воспалительную ихъ натуру, является не подходящимъ; для нихъ болѣе подходитъ терминъ «гиперплазія маточной мукозы».



Рис. 154. *Endometritis glandularis*. Железы и сосуды расширены такъ, какъ это нормально бываетъ передъ менструаціей.

Эта форма встрѣчается очень часто при опухоляхъ матки, именно при субмукозныхъ миомахъ, причемъ бываетъ выражена тѣмъ рѣзче, чѣмъ ближе къ эндометрію находится опухоль. Сильныя кровотечения, наблюдаемая при миомахъ, обуславливаются главнымъ образомъ именно эндометритомъ. Почти постоянно также эта форма сопутствуетъ раку влагалищной части и шейки. Много лѣтъ тому назадъ Landau; встрѣтивъ такое сочетаніе рака съ эндометритомъ, принявъ его за саркому слизистой оболочки матки, позднѣйшіе же авторы, L. Fraenkel, Döderlein и др., — выяснили здѣсь истинную натуру болѣзни.



Кромѣ того, подобнаго рода эндометриты мы очень часто, даже постоянно, встрѣчаемъ при тѣхъ измѣненіяхъ положенія матки, которыя вліяютъ на кровообращеніе органа, т. е. при нѣкоторыхъ формахъ ретроверзіи-флекси, при опущеніи матки и ея выпаденіи.

Далѣе, *endometritis hyperplastica* можетъ возникать подѣ вліаніемъ воспалительныхъ заболѣваній яичниковъ (Brennecke) и трубъ. Быть можетъ, здѣсь посредникомъ является нервный аппаратъ, — взгляды, проводимый за послѣднее время Ранковымъ. Можно также допустить, что и воспаление придатковъ, и воспаление эндометрія возникаютъ подѣ вліаніемъ одной и той же причины, главнымъ образомъ инфекціи, именно гонорройной.

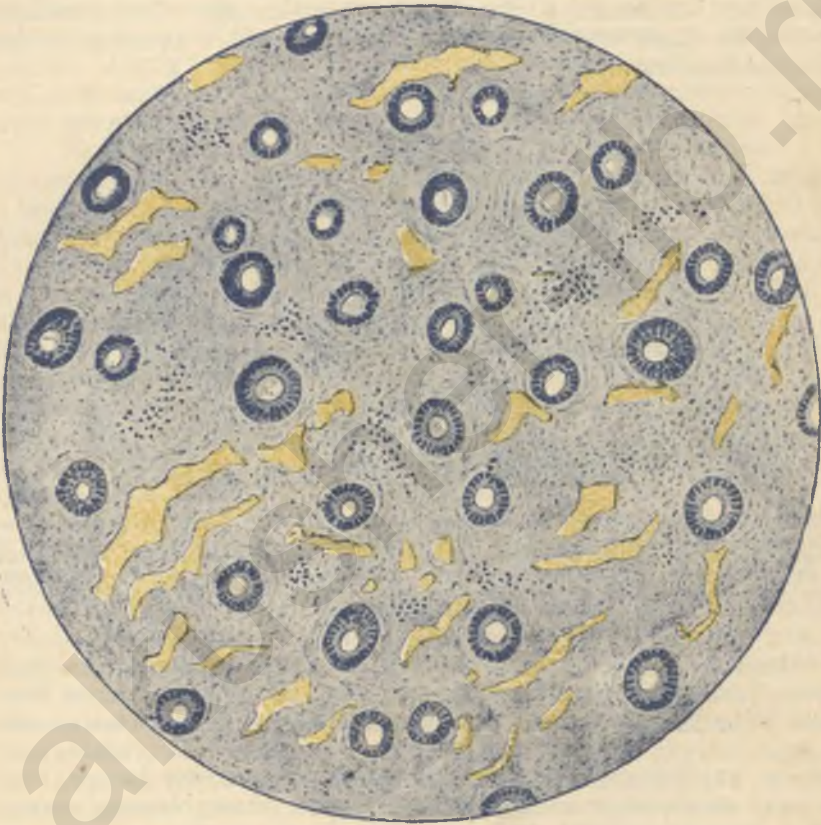


Рис. 155. *Endometritis interstitialis*. Железы не расширены; мѣстами видна кругло-клеточковая инфильтрація межжелезистой ткани.

Своеобразную форму гиперпластическаго эндометрита мы наблюдаемъ послѣ аборта. Въ такихъ случаяхъ я нерѣдко могъ констатировать, что гиперплазіи подвергаются только отдѣльные участки эндометрія, — одна стѣнка, или ея часть, или же уголь трубы. На это частичное разрастаніе эндометрія я смотрю, какъ на результатъ неполнаго обратнаго развитія отпадающей оболочки, или же какъ

на результатъ ея воспаленія. Чтобы выдѣлить эту форму эндометрита, я далъ ему названіе децидуомы. Opitz изучалъ болѣе подробно гистологическія особенности подобнаго эндометрита и доказалъ, что для него являются характернымъ весьма сильное развитіе железъ, соединенное со своеобразнымъ развитіемъ эпителиальныхъ отростковъ, вдающихся въ просвѣтъ железъ. На микроскопическихъ препаратахъ, при этой формѣ, просвѣты железъ преобладаютъ въ ткани, такъ что мѣстами эпителиальные слои сосѣднихъ железъ лежатъ вплотную другъ къ другу (см. рис. 156).

Кромѣ этого, подобнаго рода хроническія воспалительно-гиперпластическія состоянія слизистой оболочки матки остаются послѣ острыхъ эндометритовъ, обусловленныхъ инфекціей, т. е. послѣ гонорройныхъ, гнойныхъ и гнилостныхъ воспаленій. Специфическіе микробы въ ткани при этомъ давно уже исчезли. — осталось только ея реактивное состояніе.

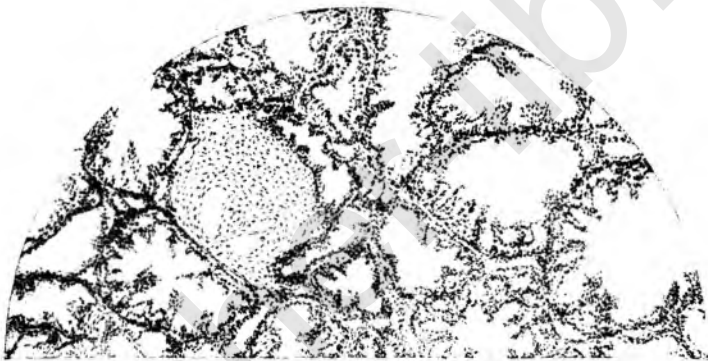


Рис. 156. Endometritis post abortum. Больная 42 лѣтъ, рожала 12 разъ; послѣдніе роды протекали съ лихорадочнымъ повышеніемъ температуры; два выкидыша — 3 4 года и 1 мѣсяць тому назадъ. Со времени послѣдняго аборта продолжительное кровотеченіе. Выскабливаніе 11/VI 1900 г. Большая часть поля зрѣнія занята просвѣтами железъ, въ просвѣты эти входятъ многочисленные эпителиальные отростки. Межжелезистой ткани мало. Слѣва и сверху на рисункѣ виденъ остришокъ децидуальной ткани.

Наконецъ бываютъ такіе случаи, — и это относится къ большинству хроническихъ эндометритовъ, — гдѣ этиологическихъ факторовъ опредѣлить нельзя. Клиническій опытъ дѣлаетъ вѣроятнымъ, что здѣсь могутъ имѣть значеніе частыя разстройства питанія внутреннихъ половыхъ частей, какъ, напримѣръ, простуда во время мѣсячныхъ, мастурбація и частый coitus reservatus. Однако, весьма часто и такимъ путемъ объяснить происхожденія болѣзни нельзя, и тогда мы должны принять во вниманіе слѣдующее: разъ слизистая оболочка матки подвергается физиологически, т. е. передъ, во время и послѣ менструаціи, во время беременности и послѣродового періода, столь частымъ и значительнымъ колебаніямъ въ питаніи, размноженіи и ростѣ своихъ элементовъ, то, конечно, легко можетъ сохраниться и сдѣлаться хроническимъ такое ея состояніе, которое мы съ анатомической точки зрѣнія можемъ назвать лишь гиперплазіей.

Анатомическая картина. При хроническомъ небактеріальномъ эндометритѣ мы различаемъ двѣ формы: железистую и

интерстиціальную (R u g e). При обѣихъ формахъ слизистая оболочка представляется сильно утолщенною и гиперэмированною. При этомъ, если имѣется на лицо железистый эндометриъ, то на микроскопическихъ срѣзахъ мы находимъ, что большая часть поля зрѣнія занята просвѣтами железя. Послѣднія очень часто представляются колбообразно растянутыми или же штопорообразно извитыми, такъ что на разрѣзѣ имѣютъ форму пилы<sup>1)</sup>. Эпителій и интерстиціальная ткань въ этихъ случаяхъ не представляютъ существенныхъ измѣненій. При интерстиціальной формѣ эндометрита измѣненія въ железахъ отступаютъ на задній планъ; очень часто железя встрѣчается очень мало. Напротивъ, межжелезистая ткань представляется сильно разросшеюся и инфильтрированою круглыми кѣлками, образующими нерѣдко скопленія. Предположеніе (P i n k u s), что *endometritis interstitialis* является преимущественно остаткомъ и хронической стадіей острыхъ микробныхъ (гнойныхъ и гонорройныхъ) воспаленій, а железистая форма, напротивъ, представляетъ собою немикробную простую гиперплазію, — имѣетъ за себя нѣкоторыя данныя.

Нерѣдко попадаются и смѣшанныя формы эндометрита, т. е. одновременно наблюдаются измѣненія, свойственныя и железистой, и межжелезистой формѣ. Кроме того, мы довольно часто встрѣчаемъ при эндометриѣ увеличеніе объема межжелезистыхъ кѣлокъ, дѣлающее ихъ похожими на элементы отпадающей оболочки (R u g e и авторъ). Можно предположить, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ дѣло здѣсь сводится къ децидуальнымъ кѣлкамъ, подвергшимся недостаточной обратной инволюціи, что бываетъ особенно часто послѣ выкидышей. Однако, не подлежитъ сомнѣнію, что интерстиціальныя кѣлки слизистой оболочки матки могутъ подвергнуться указанному превращенію и независимо отъ беременности, т. е. подъ вліяніемъ другихъ раздраженій; въ такомъ случаѣ только измѣненію этому подвергается небольшое число кѣлокъ.

Иногда при хроническихъ формахъ эндометрита мы наблюдаемъ переходъ поверхностнаго эпителия въ многослойный. Эта метаплазія эпителия, открытая Z e l l e r'омъ и авторомъ, является въ нѣкоторыхъ случаяхъ послѣдствіемъ раздраженія гонококками и представляетъ собою крайній стадій гонорройнаго эндометрита: въ другихъ случаяхъ она встрѣчается и независимо отъ гоноррей. Знакомство съ этой метаплазіей очень важно для уясненія происхожденія плоскоэпителиальнаго и жемчужнаго раковъ слизистой оболочки маточнаго тѣла.

Чрезвычайно часто воспалительная гипертрофія не распредѣляется равномерно во внутренней поверхности матки, но одни части послѣдней поражаются сильнѣе, а другія слабѣе, причемъ первыя могутъ выдаваться въ видѣ настоящихъ полиповъ (*endometritis polyposa*). Излюбленнымъ мѣстомъ такихъ полиповъ являются углы трубъ. Иногда, впрочемъ, вся *mucosa* матки бываетъ занята полипозными выпячиваніями и углубленіями.

1) Въ нѣкоторыхъ случаяхъ железистаго эндометрита наблюдается преимущественно увеличеніе числа железя, въ другихъ — разрастаніе ихъ; первая форма извѣстна подъ названіемъ *endometritis glandularis hyperplastica*, вторая — *endometritis glandularis hypertrophica*.

Вообще едва-ли во всемъ организмѣ имѣется другое такое мѣсто, и едва-ли существуетъ другое такое заболѣваніе, при которомъ-бы такъ часто встрѣчался переходъ отъ воспаления къ новообразованіемъ, какъ здѣсь.

Если эндометритъ существуетъ долго, то за стадіей гиперплазии слѣдуетъ стадія рубцового сморщиванія слизистой оболочки<sup>1)</sup>. При этомъ железы часто испытываютъ такое измѣненіе, которое мы нерѣдко находимъ при старческой инволюціи: наружныя ихъ отверстия облитерируется, а секретъ задерживается и, такимъ образомъ, на мѣстѣ железъ возникаютъ ретенціонныя кисты. Кое-гдѣ эти кисты лопаются, оставляя послѣ себя плоскія углубленія.

Нерѣдко при формахъ хроническаго эндометрита наблюдается заболѣваніе стѣнокъ кровеносныхъ сосудовъ (утолщеніе и атероматозъ, по Leopoldy).

Adler и Hirschmann совершенно не признаютъ железистой формы гиперпластическаго эндометрита: по ихъ мнѣнію, тѣ измѣненія, которыя прежде считались характерными для послѣдняго, представляютъ собою ничто иное, какъ предменструальное состояніе нормальной слизистой оболочки матки. Напрстивъ, интерстициальный эндометритъ они признаютъ, считая характернымъ для этой формы присутствіе плазматическихъ клѣтокъ въ межучточной ткани мукозы. Что присутствіе названныхъ клѣтокъ характерно для воспаления, и что тѣ формы эндометрита, гдѣ эти клѣтки имѣются, заслуживаютъ названіе воспалительнаго процесса. — это совершенно справедливо; но невѣрно, что тѣ измѣненія слизистой оболочки, гдѣ плазматическія клѣтки отсутствуютъ, и которыя до сихъ поръ опредѣлялись, какъ *endometritis glandularis*, суть лишь предменструальныя, т. е. нормальныя состоянія маточной мукозы. Они также суть состоянія патологическія, только называть ихъ лучше не эндометритомъ, а, какъ уже сказано выше, хронической гиперплазіей слизистой оболочки.

Хроническіе гиперпластическіе эндометриты, не обусловленные инфекціей, составляютъ, по крайней мѣрѣ въ рѣзко выраженной формѣ, исключительную принадлежность маточнаго тѣла. Изъ слизистой оболочки шейки въ заболѣваніи принимаетъ участіе только самая верхняя, ближайшая въ внутреннему маточному зѣву часть, т. е. та часть, которая больше походитъ на слизистую оболочку тѣла, чѣмъ шейки. Это бываетъ даже въ томъ случаѣ, когда эндометритъ является послѣдствіемъ процессовъ, поразившихъ органъ *in toto*, напр. послѣдствіемъ растройства кровообращенія, вызванныхъ неправильнымъ положеніемъ матки. Толстая, сочная и рыхлая слизистая оболочка маточнаго тѣла представляетъ для гиперпластическихъ процессовъ гораздо болѣе благоприятную почву, чѣмъ тонкая слизистая оболочка шейки, крѣпко приращенная къ маточному слою.

Хроническія воспалительныя, немикробныя пораженія шейки могутъ, однако, существовать и независимо отъ аналогическихъ процессовъ въ маточномъ тѣлѣ. Они локализируются по преимуществу въ ближайшихъ окрестностяхъ наружнаго маточнаго зѣва. Объ этомъ рѣчь будетъ впереди.

Симптомы гиперпластическаго хроническаго эндометрита могутъ быть крайне разнообразны. Нерѣдко больныя жалуются на

1) Такого рода эндометритъ извѣстенъ подъ названіемъ *endometritis atrophicans*. В. Г.

постоянныя неприятныя ощущенія въ глубинѣ таза и на чувство тяжести и давленія. Эти ощущенія могутъ усиливаться при наступленіи мѣсячныхъ и осложняться явленіями со стороны пузыря, т. е. частыми позывами на мочеиспусканіе. Въ другихъ случаяхъ эти симптомы во время менструаціи дѣлаются относительно слабѣе. Ощущеніе тяжести внизу живота нерѣдко переходитъ въ настоящія боли, которыя то усиливаются, то ослабѣваютъ и часто бываютъ соединены съ болями, иррадирующими въ паховую область. Весьма нерѣдко боли эти бываютъ на одной сторонѣ выражены гораздо больше, чѣмъ на другой, причемъ, если это имѣетъ мѣсто справа, — можетъ возникнуть подозрѣніе, нѣтъ-ли у больной аппендицита.

У нѣкоторыхъ больныхъ усиленія этихъ мѣстныхъ симптомовъ повторяются періодически, и притомъ внѣ времени менструаціи, а, напротивъ, какъ разъ въ промежутки между двумя менструаціями («межменструальные боли»). Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, вытекающей изъ матки секретъ обуславливаетъ собою зудъ наружныхъ половыхъ органовъ. Нѣкоторыя формы *pruritus vulvae* являются простымъ симптомомъ эндометрита.

Всѣ эти субъективные симптомы бываютъ выражены сильнѣе въ тѣхъ случаяхъ, когда эндометритъ представляетъ собою хроническую конечную стадію острыхъ микробныхъ воспаленій. Наиболѣе же они бываютъ выражены тогда, когда эндометритъ осложняется хроническимъ периметритомъ и сальпинго-оофоритомъ.

Если эндометритъ является послѣдствіемъ неправильнаго положенія матки, то симптомы его присоединяются къ припадкамъ, вызваннымъ аномаліею положенія.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда эндометритъ продолжается долго, у больныхъ начинаютъ выступать признаки, зависящіе отъ ослабляющаго вліянія усиленнаго выдѣленія — кроваваго и некроваваго, т. е. признаки анэміи. Къ этому присоединяются иррадирующія нервныя явленія, а также боли, иррадирующія въ другія области, функціональныя расстройства различныхъ органовъ, боли въ спинѣ и въ затылкѣ, мигрень, *clavus*, *clonus*, нервная диспепсія и кардіальгія. Вообще хроническій эндометритъ, особенно при слабой

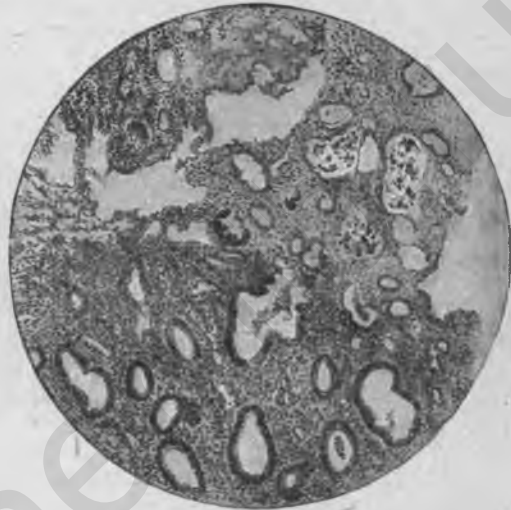


Рис. 157. Слизистая оболочка матки послѣ слѣдовавшихъ вскорѣ другъ за другомъ выскабливаній матки при неисправленной ретроверзио-флексіи послѣдней. Больная 37 лѣтъ. Весною ей дѣлали 3 раза выскабливанія, слѣдовавшія одно за другимъ. Съ іюля безпрерывное кровотеченіе. 23|XI 1897 г. *colpohysterectomy* и *salpingoophorectomia vaginalis* по поводу серозной кисты яичника. Выздоровленіе. Въ слизистой оболочкѣ, пронизанной железами, попадаетъ мѣстами (внизу) своеобразная ткань съ полостями, лишняя эпителия.

нервной системѣ, чрезвычайно легко можетъ вызвать всѣ явленія, свойственныя истеріи.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ у больныхъ отсутствуютъ всякіе субъективные симптомы, и болѣзнь даетъ о себѣ знать однимъ только кардинальнымъ объективнымъ симптомомъ, а именно, усиленіемъ мѣсячныхъ. Вначалѣ дѣло сводится лишь къ чрезмѣрно обильнымъ, долго продолжающимся мѣсячнымъ, причемъ уже и тогда потери крови могутъ быть весьма значительны. Иногда менструальныя выдѣленія прекращаются не сразу, но тянутся весьма долго, и когда больной кажется, что они уже прекратились, — они опять возобновляются. Иногда наблюдаются дліящіяся днями кровянистыя выдѣленія во время промежутка между двумя менструаціями, причемъ у нѣкоторыхъ больныхъ они сопровождаются болями („Mittelschmerz“). Наконецъ, періодическая правильность менструаціи можетъ совершенно исчезнуть, и больныя начинаютъ страдать постоянными кровавыми выдѣленіями, такъ что никогда не бываютъ «чистыми». Въ такихъ случаяхъ кровотеченія изъ половыхъ путей становятся почти столь же длительными, какъ при миомахъ или ракахъ матки.

Слѣдуетъ, однако, помнить, что иногда, — хотя, правда, очень рѣдко, — даже весьма сильный гиперпластическій эндометритъ можетъ и не сопровождаться значительными кровотечениями.

У женщинъ, зрѣлыхъ въ половомъ отношеніи, эндометритъ является самъ по себѣ всегда препятствіемъ для зачатія, хотя и не абсолютнымъ<sup>1)</sup>.

Діагнозъ. При собираніи анамнеза у больныхъ, страдающихъ эндометритомъ, мы встрѣчаемъ зачастую указанія на прежде бывшія острые воспаленія, гоноррею, патологическіе роды. Далѣе, при опросѣ больныхъ надо обращать вниманіе на описываемые пациентками симптомы, особенно со стороны менструаціи. Однако, такъ какъ самыя различныя гинекологическія заболѣванія нерѣдко даютъ о себѣ знать сходными или даже идентичными симптомами, то послѣдніе могутъ имѣть для діагноза только вспомогательное значеніе, рѣшающее же значеніе для распознаванія принадлежитъ единственно объективному изслѣдованію.

Пропитываютъ смѣсью изъ тиннина и глицерина, взятыхъ по равной части, ватный тампонъ и помѣщаютъ его, черезъ Мауег'овское зеркало, передъ наружнымъ маточнымъ зѣвомъ, предварительно очистивъ послѣдній отъ секрета. Черезъ сутки тампонъ удаляется — опять-таки черезъ Мауег'овское зеркало, но нѣсколько меньшаго калибра. Между тѣмъ какъ при нормальномъ состояннн матки такой „Schultz'евскій пробный тампонъ“ оказывается совершенно сухимъ, — у жен-

1) Перечисляя симптомы, свойственныя хроническому эндометриту, авторъ, — очевидно, совершенно случайно, — обошелъ одинъ изъ главнѣйшихъ и наиболѣе постоянныхъ симптомовъ, именно бѣли, или чрезмѣрное отдѣленіе маточнаго секрета. Бѣли эти могутъ имѣть самый разнообразный характеръ (гнойныя, слизистыя, слизисто-гнойныя, серозныя и т. п.), цвѣтъ (желтоватыя, зеленоватыя, молочно-бѣлыя, красноватыя; отъ примѣси крови, совершенно безцвѣтныя и пр.), запахъ, консистенцію (жидкія, густыя, тягучія) и т. п. Представляя большое разнообразіе въ качественномъ отношеніи, онѣ представляютъ въ различныхъ случаяхъ, огромную и количественную разницу: иногда больныя совершенно не замѣчаютъ ихъ, иногда же бѣли отдѣляются въ такомъ количествѣ, что являются предметомъ главныхъ жалобъ со стороны больныхъ. В. Г.



щинъ, страдающихъ эндометритомъ, на немъ находятъ скопленіе слизи, или гноя, или слизисто-гнойной жидкости различныхъ оттѣнковъ.

Если матка выдѣляетъ гнойный секретъ, то онъ имѣетъ на тампонѣ зеленоватую окраску, содержитъ много клѣточныхъ элементовъ и микробовъ, — въ томъ числѣ бактерий влагалищной флоры, — и даетъ цѣнный матеріалъ для микроскопическаго изслѣдованія. Въ подобномъ случаѣ не можетъ быть никакого сомнѣнія въ томъ, что слизистая оболочка матки поражена. Но даже если на тампонѣ окажутся лишь бѣлая, слизистая, тянущаяся въ нити жидкость, — то, разъ послѣдней больше нѣсколькихъ капель, это указываетъ на патологическую гиперсекрецію матки, ибо въ нормальномъ состояніи писоса цѣгі даетъ лишь столько отдѣлимаго, чтобы сдѣлать тампонъ сырмъ.

Слѣдуетъ особенно подчеркнуть то обстоятельство, что самъ тампонъ или пропитывающая его смѣсь изъ танина и глицерина отнюдь не могутъ, — какъ это неразъ высказывалось, — вызвать гнойной или обильной слизистой секреціи. Это мнѣніе совершенно ошибочно, въ чемъ легко убѣдиться, примѣняя тампонъ у женщины съ здоровой маткой: въ такомъ случаѣ тампонъ и по истеченіи сутокъ остается вполнѣ сухимъ.

Хотя пробный тампонъ Schultze оказываетъ хорошія услуги въ тѣхъ случаяхъ, когда дѣло идетъ о значительныхъ слизисто-гнойныхъ выдѣленіяхъ изъ матки, но при хроническихъ формахъ эндометрита маточнаго тѣла онъ не приноситъ большой пользы. Здѣсь дѣло зачастую сводится или къ незначительнымъ по количеству выдѣленіямъ, или же къ водянистымъ или серознымъ бѣдамъ, которыя не остаются на тампонѣ, но смѣшиваются съ пропитывающимъ послѣдній глицериномъ.

Болѣе цѣннымъ средствомъ является бимануальное изслѣдованіе, путемъ котораго можно исключить большую часть заболѣваній другого рода, напр. аномаліи положенія матки, болѣзни придатковъ и ясно выраженныя формы новообразованій. Что касается положительныхъ данныхъ, то при эндометритѣ мы путемъ этого изслѣдованія убѣждаемся, что толстое, умѣренно увеличенное тѣло матки лежитъ въ нормальномъ положеніи, но представляется неподатливымъ и въ мѣстѣ соединенія съ шейкой негибкимъ. Болѣе этого бимануальная пальпація дать, однако, ничего не въ состояніи. Объективныя измѣненія въ маточной полости могутъ быть разпознаны лишь при помощи особенныхъ методовъ, которые вмѣстѣ съ тѣмъ отчасти или цѣликомъ служатъ и цѣлямъ терапіи. Поэтому единственной задачей пальпаціи при эндометритѣ зачастую является — остановить вниманіе изслѣдователя лишь на сравнительно узкомъ кругѣ возможныхъ въ данномъ случаѣ заболѣваній, а равно исключить тѣ состоянія, которыя могли-бы послужить противопоказаніями къ внутриматочнымъ манипуляціямъ, будутъ-ли послѣднія предприняты лишь съ діагностическими, или также и съ терапевтическими цѣлями.

Всякое внутриматочное вмѣшательство противопоказано при такихъ воспалительныхъ процессахъ, которые, благодаря ему, могутъ усилиться или обостриться. При этомъ особенно слѣдуетъ принять во вниманіе недавно находившіяся въ острой стадіи воспалительныя пораженія придатковъ, затѣмъ — воспаленія, дающія сильную болѣзненность при ощупываніи, и острыя воспаленія самой матки, особенно гонорройное. Передъ каждымъ внутриматочнымъ вмѣшательствомъ должно тщательно изслѣдовать на гонококки маточный секретъ, такъ какъ нѣкоторыя формы

гонорройного эндометрита какъ разъ выражаются исключительно меноррагіями. При такихъ обстоятельствахъ расширеніе и выскабливаніе матки могутъ повлечь за собою лишь распространеніе микроорганизмовъ въ свободную еще, быть можетъ, отъ нихъ полость матки, resp. въ ткань маточныхъ стѣнокъ, и во всякомъ случаѣ дать въ результатъ тяжелое поврежденіе органа.

Зачастую производившееся въ Америкѣ выскабливаніе матки при острой гонорреѣ представляетъ собою опасный, неправильный приемъ, который можно объяснить лишь недостаточнымъ знаніемъ бактериологической стороны дѣла.

Когда секретъ полости матки изслѣдованъ уже на гонококковъ, то можно приступить и къ внутриматочнымъ манипуляціямъ. Среди этихъ послѣднихъ зондированіе даетъ лишь незначительные результаты, — при помощи его самое большее можно констатировать лишь увеличеніе полости матки и открыть въ ней неровности, причемъ всегда еще остается вопросомъ, имѣемъ-ли мы здѣсь дѣло со срав-



Рис. 158.

Рис. 159.

Рис. 158. Два №№ (№ 3 и № 8) изъ набора мѣдныхъ цилиндрическихъ расширителей съ кривизной, соответствующей нормальному положенію матки (по Küstner'у).

Рис. 159. Два №№ (№ 4 и № 7) изъ набора мѣдныхъ цилиндрическихъ расширителей съ кривизной, соответствующей положенію матки въ ретроверзин-флекси.

нительно невинными, или злокачественными разрошеніями слизистой оболочки; въ лучшемъ случаѣ, мы можемъ распознать зондомъ міому, вдающуюся въ маточную полость<sup>1)</sup>. Попытки эндоскопировать матку, вводить въ нее маленькія зеркала и дѣлать ее внутреннюю поверхность доступною глазу при помощи концентрическаго освѣщенія не даютъ обычно никакихъ результатовъ.

1) Кромѣ того, путемъ зондированія мы можемъ опредѣлить болѣзненность слизистой оболочки матки при прикосновеніи къ ней, служащую нерѣдко однимъ изъ характерныхъ признаковъ эндометрита. Зачастую матка, пораженная эндометритомъ, является совершенно безболѣзненною при бимануальномъ изслѣдованіи; между тѣмъ стоитъ прикоснуться къ слизистой оболочкѣ ея пуговкой зонда, чтобы больныя ощутили боль; нерѣдко болѣзненными при зондированіи являются лишь нѣкоторыя мѣста воспаленной маточной мукозы — обычно въ области внутреннего зва и трубныхъ угловъ. В. Г.

Практически примѣнимымъ способомъ является лишь ощупываніе внутренности матки послѣ предварительнаго расширенія ея полости (см. главу XXVII), а равно выскабливаніе ложечкой кусочковъ слизистой оболочки для макро- и микроскопическаго изслѣдованія. Ощупываніе нисколько не исключаетъ выскабливанія, которое обыкновенно предпринимается послѣ него. Этотъ методъ и необходимое для ощупыванія маточной полости расширеніе шейки, помимо діагностическаго значенія, имѣютъ еще и важное терапевтическое значеніе, причемъ съ практической точки зрѣнія оба эти вида вмѣшательства, границы ихъ примѣненія, показанія и противопоказанія къ нимъ вполне совпадаютъ.

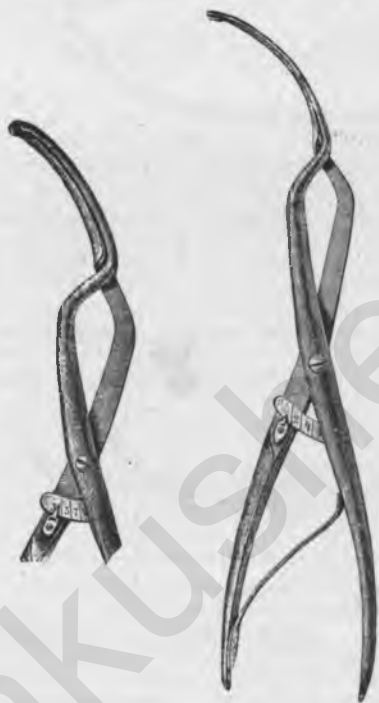


Рис. 160.



Рис. 161.

Рис. 160. Два №№ (№ 4 и № 8) клювовидныхъ раширителей Schultze, модифицированныхъ авторомъ.

Рис. 161. Три зонда изъ твердаго каучука, съ обмотанными ватой концами, сохраняемые для немедленнаго употребленія въ стерилизованной склянкѣ съ притертой пробкой; склянка на  $\frac{1}{8}$  наполнена 40% растворомъ формалина (см. стр. 201).

Чтобы добраться съ терапевтической цѣлью до слизистой оболочки маточнаго тѣла, непремѣнно нужно предварительно предпринять хотя небольшое расширеніе канала шейки.

Для этого расширенія у женщинъ рожавшихъ — всегда, а у нерожавшихъ — въ большинствѣ случаевъ достаточно послѣдовательнаго введенія въ матку, въ одинъ или нѣсколько сеансовъ, гра-

дуированныхъ бужей въ 4, 5, 6 и болѣе миллиметровъ діаметромъ. или же примѣненія гладкихъ, тоже градуированныхъ клювовидныхъ расширителей, устроенныхъ подобно Schultz'eвскимъ.

Преимущества этого метода по сравненію съ расширеніемъ при помощи ламинарій заключается въ быстротѣ, а также въ томъ, что мы не оставляемъ при этомъ въ маткѣ никакихъ инородныхъ тѣлъ. подобныхъ ламинаріямъ, которыя при всѣхъ данныхъ, говорящихъ въ ихъ пользу, все-таки внушаютъ извѣстные опасенія.

Такого рода расширеніе облегчаетъ оттокъ секрета изъ матки. что весьма благоприятно влияетъ на излеченіе эндометрита.



Рис. 162. Маточный катетеръ Bozemann-Fritsch'a съ двойнымъ токомъ съ нефлесообразной кривизной въ видѣ буквы S, въ  $\frac{1}{3}$  ест. вел.

Весьма дѣйствительнымъ средствомъ для удаленія секрета изъ маточной полости является промываніе ея при помощи ирригатора или маточнаго катетера Schultz'e или Fritsch'a. Эти промыванія, особенно если для нихъ брать жидкость съ прибавкою соды. растворяютъ вязкое отдѣлимое маточныхъ железъ и удаляютъ его механически. Къ промывной жидкости можно прибавлять также слабыя дезинфицирующія или вяжущія средства, которыя благотворно дѣйствуютъ на припухшую мукозу. Кромѣ этого промыванія вызы-



Рис. 163. Этотъ же инструментъ, но уже безъ нефлесообразной кривизны въ видѣ буквы S, въ  $\frac{1}{3}$  ест. вел.

ваютъ сильныя сокращенія матки. Самымъ главнымъ является, однако, здѣсь удержаніе цервикальнаго канала въ расширенномъ состояніи, благодаря которому оттокъ секрета изъ матки происходитъ безпрепятственно.

Сказаннымъ леченіе эндометрита далеко не исчерпывается. Описанный способъ пригоденъ лишь для самыхъ легкихъ формахъ эндометрита<sup>1)</sup>, для болѣе же тяжелыхъ я допускаю его лишь при томъ непремѣнномъ условіи, если онъ будетъ примѣняться очень долго и послѣдовательно.

1) Самыя легкія формы эндометрита даже не требуютъ для своего излеченія непосредственнаго воздѣйствія на болѣную слизистую оболочку: онъ проходитъ подъ влияніемъ такихъ средствъ, какъ горячія спринцеванія съ примѣсью дезинфицирующихъ и вяжущихъ веществъ, тампоны съ ихтиоль-глицериномъ и таннинъ-глицериномъ, тепловатыя ванны, средства, регулирующія дѣятельность кишечника, и т. п. В. Г.

Скорбе можно достигнуть цѣли при помощи прижиганій слизистой оболочки. Наиболее слабымъ прижигающимъ средствомъ является *tinctura jodi*, а самымъ сильнымъ — хлористый цинкъ, примѣняемый въ растворахъ отъ 1% до 20%; широкимъ примѣненіемъ пользуются также *liquor ferri sesquichlorati per se* или въ растворѣ чистой карболовая кислота или 50% растворъ ея въ спиртѣ, 10%—20% растворы *argenti nitrici*, 5% растворъ *cupri sulfurici*, ихтиоль — чистый или его глицеринный растворъ и 5%—10% протарголь. Послѣ достаточнаго расширенія шейки въ два или больше сеансовъ, вытираютъ основательно маточную полость при помощи *Plaufa i r'ov*-скаго зонда, обернутаго ватой, и смачиваютъ прижигающей жидкостью.



Рис. 164. Маточный катетеръ Schultze, въ 1/2 ест. вел.

Весьма удовлетворительные результаты далъ мнѣ способъ *Menge*, состоящій въ прижиганіи слизистой оболочки матки 30—50% растворомъ формалина. При соблюденіи асептическихъ предосторожностей, обматываютъ конецъ длиннаго, гибкаго гуттаперчеваго зонда, имѣющаго около 3 милл. въ діаметръ, тонкимъ слоемъ ваты на протяженіи около 8 сант. и сохраняютъ извѣстное количество такихъ зондовъ въ высокомъ стеклянномъ цилиндрѣ, наполненномъ до 8—10 сант. растворомъ формалина соотвѣтственной крѣпости (рис. 161). Употребляютъ такіе зонды слѣдующимъ образомъ: обнаживъ влагалищную часть при помощи створчатаго



Рис. 165. Маточный шприцъ Грауп'а.

зеркала, захватываютъ ее пулевыми щипцами и вводятъ въ полость матки одинъ изъ зондовъ, — предварительно расширивъ цервикальный каналъ до 5—6 милл., если же послѣдній достаточно широкъ, то и безъ такового расширенія; когда зондъ полегитъ въ маткѣ нѣсколько секундъ, его вынимаютъ и вводятъ другой. Подобное прижиганіе повторяютъ черезъ 3—4 дня, затѣмъ, въ случаѣ нужды, производятъ его, черезъ такой же промежутокъ времени, еще 1—2 раза. Послѣ прижиганія я не ввожу въ рукавъ никакого тампона. Эффектъ леченія очевиденъ: умертвѣвшіе, благодаря прижиганію, поверхностные слои слизистой оболочки отторгаются изъ матки и выходятъ наружу.

Примѣнять это леченіе можетъ, пожалуй, и практическій врачъ-неспециалистъ, чего нельзя сказать о другихъ внутриматочныхъ методахъ. Амбулаторно, впрочемъ, производить его я не совѣтую.

Гораздо менѣе можно рекомендовать примѣненіе прижигающихъ или обеззараживающихъ веществъ при помощи шприца *Graupner* и т. п. Если каналъ шейки недостаточно широкъ, или если шейка сократится во время инъекціи, то жидкость черезъ трубы можетъ попасть въ брюшную полость. Такимъ путемъ произошла цѣлая масса несчастныхъ случаевъ. Поэтому данный методъ можно примѣнять лишь тогда, когда цервикальный каналъ достаточно широкъ

или расширенъ ламинаріями, притомъ никогда — амбулаторно; кромѣ того, количество впрыскиваемой жидкости должно ограничиваться лишь нѣсколькими каплями<sup>1)</sup>.

Лекарственные вещества могутъ быть также вводимы въ полость матки въ формѣ легкоплавкихъ палочекъ. Kliep предложилъ готовить палочки изъ смѣси коллоидальнаго серебра (C r e d é) съ молочнымъ сахаромъ, гумми-арабикомъ, бѣлкомъ и глицериномъ. Палочки эти обладаютъ способностью плавиться не при самомъ уже введеніи ихъ, — какъ палочки, содержащія какаоовое масло и т. п. вещества, — а лишь находясь съ полости матки, причемъ, однако, онѣ распускаются вполне, и содержащееся въ нихъ лекарственное вещество все цѣликомъ дѣйствуетъ на слизистую. Argentum colloidalе содержится въ нихъ въ количествѣ 2%. Гонокки при ихъ примѣненіи убиваются. Вводить палочки лучше всего черезъ створчатое зеркало, захвативъ влагалищную часть пулевыми щипцами. Тотчасъ по введеніи палочки въ рукавъ надо положить тампонъ къ маточному зѣву, чтобы палочка тотчасъ не выскочила назадъ. Подобнымъ же образомъ могутъ быть примѣняемы и палочки, содержащія 10% изоформа.



Рис. 166. Ложечка для выскабливанія. Находящихся на оборотной сторонѣ дѣлений на сантиметры невидно. Въ  $\frac{1}{2}$  ест. вел.

Получивъ очень хорошіе результаты отъ примѣненія слабыхъ прижигающихъ средствъ, я отнюдь не могу сказать того же относительно сильныхъ, напр., относительно хлористаго цинка, примѣненіе котораго одно время сдѣлалось очень распространеннымъ. Средства эти вызываютъ омертвѣніе слизистой оболочки, которая и отторгается затѣмъ по истеченіи нѣсколькихъ дней. Я совѣтую обращаться съ ними крайне осторожно, такъ какъ послѣ ихъ примѣненія наблюдались часто рубцовые стенозы и даже атрезіи шейки. Примѣнять ихъ нужно въ растворѣ, при помощи зонда Playfair'a, или въ видѣ Dumoutraillie'овскихъ палочекъ толщиной въ 3—4 миллиметра (смѣсь муки и хлористаго цинка aa или въ пропорціи 2:1). Растворъ (10%—50%) оказывается въ вышеупомянутомъ отношеніи гораздо опаснѣе палочекъ.



Напротивъ, превосходнымъ, даже наиболѣе заслуживающимъ примѣненія способомъ леченія эндометрита является рекомендованное Olshausen'омъ еще въ 1874 году выскабливаніе слизистой оболочки матки.

Сотни тысячъ случаевъ краснорѣчиво говорятъ въ пользу этого метода, доказывая его благотворное вліяніе при гиперпластическихъ эндометритахъ.

Рис. 167. Клинокъ модифицированнаго Seiler'овскаго ножа для дисцизии наружнаго маточнаго зѣва и нижней части шейки.

Предпринимая выскабливаніе, слѣдуетъ больную дезинфицировать такъ же, какъ для большой операціи. Затѣмъ ее лучше всего наркотизировать. Приготовивъ такимъ образомъ больную, оттягиваютъ заднюю стѣнку влагалища кзади при помощи ложкообразнаго зеркала, а влагалищную часть оттягиваютъ сильно книзу пулевыми щипцами. Послѣ этого матку расширяютъ по возможности больше при помощи букей или клювовидныхъ расширителей, затѣмъ вы-

1) Это описаніе автора кажется мнѣ преувеличеннымъ. Если производить внутриматочныя впрыскиванія съ соблюденіемъ необходимыхъ предосторожностей (см. объ этомъ ниже), то ихъ можно безъ опасенія примѣнять и въ амбулаторной практикѣ. В. Г.

скабливаютъ переднюю стѣнку ложечкой съ кривизной, заднюю, боковыя стѣнки и маточное дно — прямою ложкой. Въ случаѣ ретрофлексіи нужно пользоваться только прямою ложкой. Послѣ выскабливанія промываютъ полость матки стерильною водою, еще разъ расширяютъ, осушиваютъ при помощи Pауфаг'овскаго зонда, обернутаго ватой, и, наконецъ, смазываютъ іодной тинктурой. Впрочемъ промываніе я обыкновенно опускаю, примѣняя его лишь тамъ, гдѣ, — какъ, напр., при абортѣхъ, — маточная полость содержитъ значительное количество высокбленныхъ массъ. Въ большинствѣ остальныхъ случаевъ я ограничиваюсь лишь вытираніемъ маточной полости — сначала сухой ватой, затѣмъ ватой, смоченной въ іодной настойкѣ. У дѣвицъ, для облегченія оттока секрета, я дѣлаю еще дисцизію шейки и прижигаю маленькую рану термокаутеромъ. Все это, вмѣстѣ взятое, представляетъ собою маленькую операцію, при которой, однако, необходимо выполнить все весьма тщательно и соблюдать всѣ правила асептики. Прижиганія іодной настѣйкой повторяютъ еще 3 или 4 раза съ промежутками отъ 2 до 3 дней. Все это время больная должна оставаться въ постели.

Между тѣмъ, какъ самое выскабливаніе почти всѣ гинекологи дѣлаютъ однимъ и тѣмъ же способомъ, послѣдующее леченіе уже высокбленной матки производится весьма разнообразно. *Martin* впрыскиваетъ въ маточную полость непосредственно послѣ выскабливанія отъ 2 до 5 граммовъ разведеннаго *liquoris ferri sesquichlorati* при помощи маточнаго шприца. *Olshausen* дѣлаетъ то же самое немного спустя послѣ операціи, причемъ

пользуется 10% хлористымъ цинкомъ, который онъ впрыскиваетъ въ нѣсколько пріемовъ, чтобы избѣжать рецидива болѣзни. *Döderlein* и другіе тампонируютъ полость матки непосредственно послѣ выскабливанія стерильной марлей, которую оставляютъ на время отъ 12 до 24 часовъ. Вполнѣ соглашаясь съ *Werth*'омъ и *Döderlein*'омъ, я совѣтую не дѣлать никакихъ инъекцій въ свѣжевыскобленную матку. Тогда регенерація слизистой изъ оставшагося базальнаго слоя происходитъ лучше всего, причемъ, въ большинствѣ

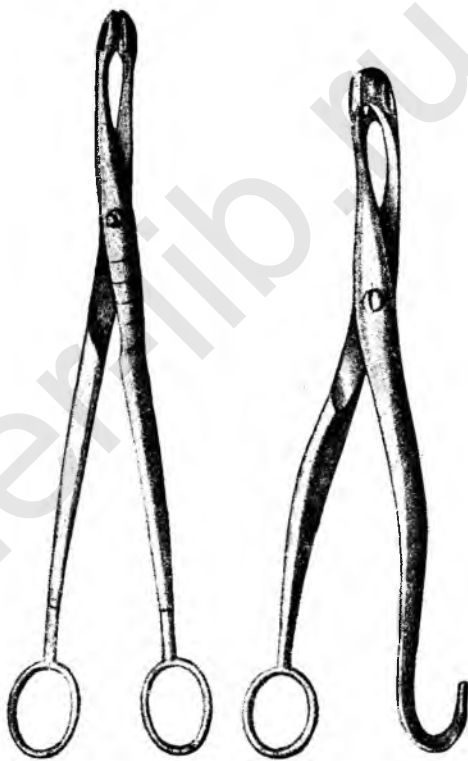


Рис. 168.

Рис. 169.

Ложечные шипцы *Schultze* для удаленія внутриматочныхъ полиповъ. Рис. 169 представляетъ шипцы съ кривизной, а рис. 168 прямые шипцы съ масштабомъ.

случаевъ, тусоса восстанавливается по тому же типу и той же толщине, что и нормальная<sup>1)</sup>

Какъ было уже сказано выше, гиперплазія слизистой оболочки распространяется въ большинствѣ случаевъ на всю внутреннюю поверхность матки, и притомъ обыкновенно равномерно. Только въ рѣдкихъ случаяхъ заболѣваетъ одна лишь передняя, или задняя стѣнка, или даже отдѣльные ихъ участки. Иногда гиперплазія бываетъ такъ рѣзко ограничена, что гиперплазированные мѣста слизистой оболочки представляются въ видѣ полиповъ, которые сидятъ, какъ это было сказано, по большей части въ углахъ трубъ. При такихъ формахъ эндометрита самой лучшей терапіей является изолированное леченіе больныхъ участковъ слизистой оболочки, съ сохраненіемъ здоровыхъ, т. е. въ этихъ случаяхъ нужно удалить гиперплазированные части при помощи ложечки или ложечныхъ щипцовъ *Schultze*, не трогая остальныхъ. Чтобы узнать, какіе именно участки больны, нужно ощупать стѣнки маточной полости пальцемъ, расширивъ предварительно соответственнымъ образомъ цервикальный каналъ при помощи ламинарій. Если я въ общемъ отказался отъ этого образа дѣйствій, рекомендованнаго *Schultze*, то это произошло вслѣдствіе того, что даже при изолированномъ разрастаніи слизистой оболочки тѣ части послѣдней, которыя макроскопически представляются неизмѣнными, обыкновенно также бываютъ вовлечены въ процессъ. Чтобы не пропустить особенно гиперплазированныхъ мѣстъ, нужно, согласно указанію *Fritsch'a* пользоваться болѣе широкими ложками и оперировать по возможности тщательно. При этомъ условіи и случаи полипознаго эндометрита поддаются обычному леченію, т. е. выскабливанію всей слизистой оболочки съ послѣдующимъ ея прижиганіемъ.

Важно, однако, не забывать, что изложенный сейчасъ образъ дѣйствій имѣетъ свои слабыя стороны. Дѣло въ томъ, что грубо-анатомическая картина хроническаго эндометрита не настолько ясна, чтобы исключать возможность ошибокъ. Такъ, карциному слизистой оболочки маточнаго тѣла въ начальныхъ стадіяхъ ея развитія и саркому мы можемъ зачастую узнать лишь благодаря микроскопическому изслѣдованію выскобленныхъ кусочковъ, послѣ чего и можемъ приступить къ ихъ радикальному леченію при помощи полной экстирпации матки. Даже и этотъ способъ, однако, не всегда застраховываетъ насъ отъ ошибки; послѣдняя особенно возможна, если мы имѣемъ дѣло съ маленькими міомами, неособенно увеличивающими и деформирующими матку. Эти послѣднія новообразованія какъ разъ весьма часто сочетаются съ гиперпластическимъ эндометритомъ. При этомъ, если даже весь эндометрій будетъ выскобленъ, опухоль можетъ остаться и дать поводъ къ дальнѣйшимъ кровотеченіямъ. Наличие такого рода опухолей можно заподозрить на основаніи

1) Помимо этихъ мѣръ, я рекомендовалъ-бы всѣмъ больнымъ, перенесшимъ выскабливаніе, продѣлывать курсъ послѣдовательнаго леченія такими средствами, какъ горячіе влагалитные души, общія и сидячія ванны — изъ простой или соленой воды, тампоны съ ихтиоль-глицериномъ и т. п. Опытъ показываетъ, что послѣ такого послѣдовательнаго леченія результаты выскабливанія являются гораздо болѣе прочными, и, наоборотъ, безъ него выскабливаніе даетъ лишь кратковременный эффектъ. В. Г.



тщательнаго зондированія матки, но діагносцировать ихъ съ положительностью невозможно.

Въ виду этого нужно согласиться съ тѣмъ, что при всѣхъ внутриматочныхъ процессахъ, требующихъ мѣстнаго леченія, предложенное Schultze ошупываніе внутренней поверхности матки, послѣ предварительнаго расширенія ея ламинаріями, является такимъ діагностическимъ методомъ, который способенъ устранить всѣ сомнѣнія, могущія еще остаться послѣ выскабливанія и послѣ микроскопическаго изслѣдованія выскобленныхъ кусочковъ. Названный методъ можетъ имѣть большое значеніе и для терапіи. Въ этомъ можетъ убѣдить насъ нижеслѣдующій случай, въ которомъ я, подъ влияніемъ постороннихъ моментовъ, отклонился отъ указаннаго принципа, полагая, что одного выскабливанія будетъ вполне достаточно.

Больная 45 лѣтъ, замужня, менструируетъ съ 14-лѣтняго возраста, рожала 9 разъ, уже 1½ года страдаетъ сильными кровотечениями, имѣвшими раньше характеръ меноррагій, а теперь превратившимися въ почти постоянныя метроррагіи. Кромѣ того пациентка жалуется на боли въ животѣ и крестцѣ и на общую слабость.

Изслѣдованіе 4/III 1892 г.: старый разрывъ промежности до самаго заднепроходнаго жома; matka въ ретроверзии-флексиі, но мало увеличена; температура и пульсъ нормальны.

Путемъ пробнаго выскабливанія добыто лишь весьма небольшое количество кусочковъ слизистой оболочки. Внутренняя поверхность матки смазана іодомъ. Вправленіе матки. Пессарій Нодгера № 10. Перинеопластика по моему методу. Температура 36,9°. Пульсъ 70. Вечеромъ температура 37,1°, пульсъ 70.

5/III. Пациентка жалуется на боли въ животѣ. Утромъ температура 38,4°, пульсъ 84. Вечеромъ температура 39,2°, пульсъ 70. Пузырь со льдомъ; опиумъ.

6/III. Небольшой метеоризмъ. Жидкія испражненія. Отсутствие чувствительности въ животѣ. Рана на промежности имѣетъ хорошій видъ. Утромъ температура 38,5°, пульсъ 84; вечеромъ температура 39°, пульсъ 98.

7/III Метеоризмъ усиливается. Бессонница. Утромъ температура 37,5°, пульсъ 92. Вечеромъ температура 38,2°, пульсъ 96.

8/III. Внезапный упадокъ силъ. Животъ сильно вздуть. Рвота. Пульсъ малъ. Дыханіе ускорено. Предлагается операція, но ее отклоняютъ. Утромъ температура 37,6°, пульсъ 116. Вечеромъ температура 38,4°, пульсъ 124.

9/III утромъ наступила смерть при явленіяхъ отека легкиихъ.

Вскрытіе: гнойный перитонитъ; oophoritis septica; endometritis purulenta (скопленіе гноя въ окрестности внутренняго маточнаго зѣва); нагноившаяся міома, величиною въ грецкій орѣхъ, сильно пропитанная кровью, свѣшивающаяся со дна въ полость матки, имѣющую 8,5 сантиметровъ длины, и плотно запирающая внутренній маточный зѣвъ (см. рис. 170); ни сальпингита, ни параметрита нѣтъ.

Epicrisis: мы здѣсь, очевидно, имѣли дѣло съ нагноившейся міомой; если-бы послѣдняя была удалена изъ матки или вмѣстѣ съ ней, то больная, вѣроятно, выздоровѣла-бы, но мы при выскабливаніи занесли микроорганизмы въ лимфатическіе пути, что обусловило смертельный перитонитъ. Одно только ошупываніе предварительно расширенной матки могло-бы навести насъ на истинный путь.

Хотя, въ общемъ, перечисленныя сейчасъ терапевтическія мѣропріятія и являются весьма дѣйствительными, тѣмъ не менѣе при леченіи эндометрита не слѣдуетъ упускать изъ виду и лекарственнаго, а также и часто мѣстнаго леченія. Это слѣдуетъ въ особенності сказать о тѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣются сильныя кровотечения во время и внѣ мѣсячныхъ. Больнымъ тогда рекомендуютъ во время

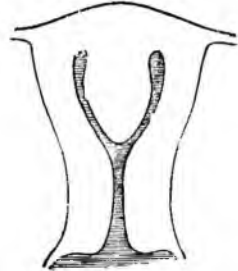


Рис. 170.

ближайшихъ, слѣдующихъ за мѣстнымъ леченіемъ, мѣсячныхъ лежать въ постели, примѣняя въ случаѣ нужды пузырь со льдомъ на животъ или, при усиливающихся кровопотеряхъ, горячія (35—42° R) спирцеванія съ прибавкою слабыхъ обеззараживающихъ средствъ. Если кровотеченіе, несмотря на это, становится все сильнѣе, надо прибѣгнуть къ тампонаціи рукава; тампонъ мѣняется каждые 24 часа.

Внутрь больнымъ назначаютъ кисловатые напитки, *acidum Halleri*, лимонадъ и тѣ средства, которыя, какъ мы знаемъ, возбуждаютъ сокращенія матки: свѣжую спорынью въ видѣ порошка, по 1,0 2 раза въ день, или настойки (5,0 pro 100,0), по 1 столовой ложкѣ каждые 3 часа, — также *tincturam haemostaticam Denzel* по нѣсколькx чайныхъ ложекъ въ день, *extr. secalis cornuti* въ пилюляхъ по 0,1 — опять-таки нѣсколько разъ въ день, *cornutin* по 0,005—0,01 въ пилюляхъ, *extr. fluidum gossypii* по 2—3 чайныхъ ложки ежедневно, *extr. fluid. hydrastis canadensis* по 15—25 кап. 3 раза въ день, *hydrastinum hydrochloricum* по 0,05 въ пилюляхъ, стиптидинъ по 0,05 нѣсколько разъ въ день, въ таблеткахъ, секакорнинъ по нѣсколькx таблетокъ и желатину подкожно<sup>1)</sup> или *per os*.

Встрѣчаются, однако, случаи, гдѣ меноррагіи и метроррагіи не поддаются описанной терапіи. Несмотря на основательное выскабливаніе, кровотечения продолжаютъ; послѣ относительно короткаго промежутка приходится вновь прибѣгать къ этой операціи, но опять-таки съ отрицательнымъ результатомъ.

Весьма важно помнить, что въ подобныхъ случаяхъ перѣдко имѣютъ мѣсто наклоненія матки взади, хотя-бы очень небольшія и потому легко просмазриваемыя или недостаточно оцѣниваемыя. Въ подобныхъ случаяхъ зачастую исправленіе матки надежно прекращаетъ кровотечения. Въ остальныхъ случаяхъ дѣло обычно идетъ о женщинахъ въ возрастѣ, близкомъ къ климактерію, которыя ранѣе страдали метритомъ и эндометритомъ; причина кровотеченій здѣсь перѣдко кроется въ атероматозномъ измѣненіи сосудовъ маточной мукозы и міометрія; иногда, однако, причина эта остается темною. Въ подобныхъ случаяхъ можно прибѣгнуть къ впрыскиванію сыворотки. Взявъ, при соблюденіи асептическихъ предосторожностей, изъ *v. mediana* крови и получивъ сыворотку, впрыскиваютъ 10 куб. сант. ея и больше подъ кожу или въ мышцы *reg. gluteae*, одинъ или два раза. Результаты, по сообщеніямъ, получаются благоприятные.

Если всѣ эти средства, однако, не помогаютъ, то показывается болѣе энергичное вмѣшательство. Сначала можно попробовать вапоризацію (*atmokaussis*)<sup>2)</sup>. Отличные результаты я также видѣлъ отъ впервые предложенной и рекомендованной мною и *Gottschalk*'омъ перевязки маточныхъ артерій со стороны рукава. Операція эта производится слѣдующимъ образомъ: сначала проводится разрѣзъ во-

1) Относительно послѣдняго средства слѣдуетъ помнить, что въ хирургіи описано уже немало случаевъ, гдѣ впрыскиваніе недостаточно стерильной желатины вело за собою зараженіе больныхъ столбнякомъ. В. Г.

2) У женщинъ въ климактерическомъ возрастѣ вапоризацію слѣдуетъ производить съ такимъ расчетомъ, чтобы совершенно уничтожить всю слизистую оболочку матки. Для этого ошпариваніе должно длиться около 2 минутъ. При надлежащей<sup>10</sup> пара способъ этотъ всегда приводитъ къ цѣли. В. Г.

кругъ *portio vaginalis*, какъ при влагалищной экстирпаци, затѣмъ стѣнки рукава отдѣляются тупымъ путемъ по всей окружности, тупо же отсепаровывается пузырь, пока не покажется *plicus uterinus*, послѣдній обкалывается Дешам'овской иглой, перевязывается, и въ заключеніе рукавная рана зашивается катгутумъ; послѣ операціи больныя остаются въ постели 8—10 дней.

Навѣрное останавливаетъ подобныя кровотеченія влагалищная экстирпаци матки. Операціи этой должны предшествовать расширение шейки и ощупываніе внутренности матки.

Новый шагъ впередъ въ терапіи эндометриовъ сдѣлалъ Снегиревъ, который впервые предложилъ ошпариваніе матки горячимъ паромъ (вапоризаци). Рипкус придумалъ для этой цѣли соотвѣтствующій аппаратъ, состоящій изъ котла съ термометромъ и отводящей паръ резиновой трубкой<sup>1)</sup>. На концѣ трубки находится маленькій маточный катетеръ, снабженный деревянной ручкой. Части катетера, находящаяся во влагалищѣ, окружены деревяннымъ футляромъ. Ошпариваніе при помощи этого прибора производится слѣдующимъ образомъ: матку расширяютъ, низводятъ, а заднюю влагалищную стѣнку отгнѣсняютъ книзу при помощи ложкообразнаго зеркала. Послѣ этого вводятъ въ маточную полость катетеръ такимъ образомъ, чтобы онъ не прикасался къ дну матки; тогда открываютъ кранъ и выпускаютъ въ матку въ теченіе нѣсколькихъ секундъ паръ, причемъ послѣдній, превратившись въ воду, уходитъ черезъ отводную трубку; термометръ долженъ во время операціи показывать 105°—110°, продолжительность дѣйствія пара — отъ 10 до 30 секундъ. Рипкус даетъ этому способу ошпариванія названіе „*atmokausis*“. Онъ примѣняетъ его при всѣхъ эндометриахъ, сопровождающихся сильными кровотечениями, при интерстиціальнымъ миомахъ, при гонорреѣ и при гниломъ эндометриѣ *post abortum*.

Хотя опытъ показалъ, что паръ, дойдя до матки, имѣетъ гораздо болѣе низкую температуру, чѣмъ въ котлѣ (Fatau), и хотя на экстирпированныхъ впоследствии маткахъ обнаружилось, что дѣйствіе пара болѣе ограничено, чѣмъ это можно было а priori предполагать, однако нѣтъ никакого сомнѣнія, что способъ этотъ въ состояніи дать прекрасные результаты, особенно при упорныхъ меноррагіяхъ, противъ которыхъ не помогаютъ многократныя выскабливанія, въ особенности у женщинъ въ климактерическомъ возрастѣ, у которыхъ сосуды матки часто бываютъ атероматозно перерождены. Въ особенно упорныхъ случаяхъ Рипкус рекомендуетъ такъ сильно ошпаривать эндометрию, чтобы наступила облитераци полости матки<sup>2)</sup>.

Во всякомъ случаѣ, прежде чѣмъ прибѣгать къ вапоризаци, необходимо поставить точный діагнозъ, для чего нужно сдѣлать пробное выскабливаніе матки и тщательно изслѣдовать подъ микроскопомъ выскобленные куски.

Хотя значительное число гинекологовъ рѣзко высказывается противъ этого способа, и я самъ ни минуты не думаю, чтобы искусственная облитераци маточной полости была безусловно предпочтительнѣе полной экстирпаци матки, такъ какъ даже послѣ правильно произведенной вапоризаци можетъ развиться атрезія шейки съ слѣдующимъ образованіемъ гематометры, однако не слѣдуетъ забывать, что при неудержимыхъ кровотеченияхъ у гѣмофиличекъ операція эта въ цѣлой серіи случаевъ оказалась прямо спасительною для жизни.

Особую модификацію данного метода, которою мы обязаны также<sup>3)</sup> Рипкусу, представляетъ такъ называемый „*zestokausis*“ (ζεστοτης — горячій паръ). Здѣсь прижиганіе слизистой оболочки матки производится не непосредственно паромъ, а нагрѣтыми стѣнками проводящаго паръ катетера.

Аппаратъ для *zestokausis*'а представляетъ собою закрытый аппаратъ для

1) Аппаратъ этотъ вовсе не представляетъ чего-либо новаго, — какъ объ этомъ можно подумать изъ словъ автора, — а есть простая модификація вапоризатора Снегирева. В. Г.

2) См. объ этомъ мое примѣчаніе на стр. 206. В. Г.

3) Опять-таки изъ этихъ словъ Кюстнера можно подумать, что мы обязаны введеніемъ ошпариванія въ гинекологическую практику преимущественно Рипкусу; между тѣмъ *de facto* эта заслуга всецѣло принадлежитъ проф. Снегиреву. В. Г.

atmokausic'a, въ которомъ горячимъ паромъ нагрѣвается только та часть инструмента, которая находится въ маткѣ. Примѣненіе и продолжительность дѣйствія такія же, какъ при atmokausic'ѣ. Pinkus самъ ограничиваетъ примѣненіе zestokausic'a дисменорреей, субинволюціей матки и катарромъ шейки. Дисменоррею считать, однако, показаніемъ къ этой операціи ни въ какомъ случаѣ нельзя, такъ какъ она представляетъ собою симптомъ самыхъ различныхъ заболѣваній, которыя требуютъ и различныхъ способовъ леченія.

Наконецъ, при эндометритахъ съ упорными, ничему не поддающимися кровотечениями Dührssen рекомендовалъ рукавное изсѣченіе слизистой оболочки матки. Операція начинается передней кольпотоміей; затѣмъ передняя стѣнка матки разсѣкается вдоль, а въ области дна къ сагиттальному разрѣзу присоединяется поперечный. Такимъ образомъ вся матка можетъ быть развернута, послѣ чего ея мукоза вырѣзывается ножомъ, и потомъ какъ маточная полость, такъ и разрѣзы зашиваются этажными швами.

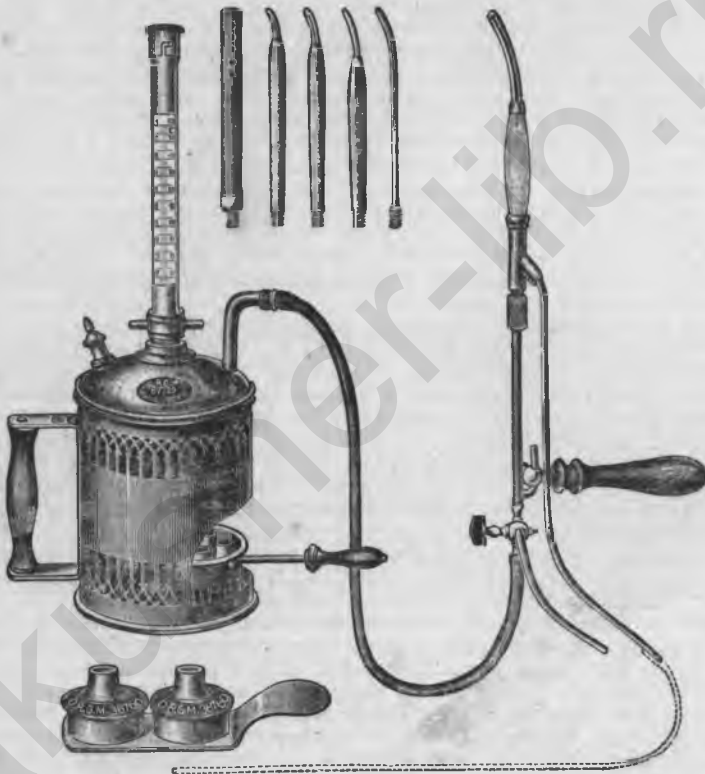


Рис. 171. Аппаратъ для atmokausis'a Pinkus'a. Паровой котель съ проводящей паръ трубкой, ручка и отводная трубка для конденсирующей изъ пара воды. Различные наборы маточныхъ катетеровъ соответственно длинѣ и ширинѣ маточной полости.

Резюмируя все сказанное, слѣдуетъ еще разъ подчеркнуть, что для тѣхъ формъ эндометрита, которыя дадутъ чрезмѣрные кровотечения, наиболее пригодными являются способы леченія, имѣющіе цѣлью разрушеніе и удаленіе гиперплазированной мукозы. Во главѣ этихъ способовъ слѣдуетъ поставить поставивъ выскабливаніе. Если діагнозъ не вполне ясенъ, то операціи слѣдуетъ предпослать

ощупываніе маточной полости послѣ предварительнаго расширения цервикальнаго канала ламинаріями. При подозрѣніи на ракъ тѣла матки, лучше, однако, этого не дѣлать.

Выскабливаніе безусловно противопоказано и при тѣхъ формахъ эндометрита, которыя проявляются не сильными кровотечениями, а обильными бѣлками. Эти формы, однако, уступаютъ прижиганіямъ и промываніямъ маточной полости. Прижиганія, а еще болѣе промыванія особенно предпочитаютъ нѣкоторыми гинекологами тамъ, гдѣ дѣло идетъ о хроническихъ эндометритахъ, оставшихся послѣ задолго передъ тѣмъ бывшаго остраго гонорройнаго воспаления матки. Остается еще открытымъ вопросъ, не слѣдуетъ-ли въ такихъ случаяхъ вообще воздерживаться отъ какой-либо мѣстной терапіи, ограничиваясь общимъ симптоматическимъ леченіемъ. Подробнѣе см. объ этомъ въ слѣдующей главѣ.

Между тѣмъ, какъ при острыхъ эндометритахъ, вызванныхъ проникновеніемъ въ матку микроорганизмовъ, особенно путемъ ихъ попаданія чрезъ шейку, мукоза послѣдней заболѣваетъ аналогично слизистой оболочкѣ маточнаго тѣла, при хроническихъ гиперпластическихъ эндометритахъ мы встрѣчаемъ болѣзненные измѣненія исключительно въ слизистой оболочкѣ маточнаго тѣла. Однако при этомъ могутъ имѣть мѣсто и хроническія воспалительныя состоянія шейки и даже влагалищной ея части, а иногда послѣднія развиваются и вполне независимо отъ гиперпластическаго эндометрита. Эти воспаленія встрѣчаются такъ же часто и такъ же могутъ не зависѣть непосредственно отъ дѣйствія микроорганизмовъ. Влагалищная часть представляется тогда утолщенной, кровоточивой и принимаетъ синевато-красную окраску, но главнымъ признакомъ заболѣванія является въ этихъ случаяхъ присутствіе вокругъ наружнаго маточнаго зѣва ярко-красной каймы. Края этой каймы, принимая послѣдовательно все оттѣнки отъ ярко-краснаго до блѣдно-розоваго, переходятъ постепенно въ синеватый цвѣтъ наружной поверхности влагалищной части.

Истинная природа этого образования была клинически изучена уже операторами Roser'омъ и Emmet'омъ, микроскопически же — особенно Ruge и Veit'омъ. Эти изслѣдователи доказали, что область каймы представляетъ собою не язву, а поверхность, покрытую цилиндрическимъ эпителиемъ. Подъ слоемъ послѣдняго заложены такія же железы, какъ въ шейкѣ. Отъ нормальной слизистой оболочки шеечнаго канала *mucosa* въ области красной каймы отличается лишь тѣмъ, что здѣсь встрѣчаются воспалительныя измѣненія, болѣе богатая васкуляризація и значительное новообразование сосудовъ.

Новообразование сосудовъ и воспалительные процессы могутъ повести къ развитію нѣжныхъ сосочковыхъ возвышеній, придающихъ красной каймѣ бархатистый видъ. Если же такихъ возвышеній нѣтъ, то кайма представляется гладкою. Придаваемая ей обычно названія папиллярная эрозія и простая эрозія остались

еще съ того времени, когда гинекологи смотрѣли на нее, какъ на настоящее изъязвленіе.

При особенно сильныхъ пораженіяхъ этого рода мы встрѣчаемъ въ окрестности эрозии и на ней самой маленькія кисты, величиною до горошины и даже больше, заключающія въ себѣ слизисто-стекло-видное содержимое (*ovula Nabothi*). Эти кисты — ретенціоннаго происхожденія: онѣ образуются изъ слизистыхъ железъ, выводной протокъ которыхъ закупорился или вслѣдствіе воспалительнаго процесса, или вслѣдствіе чрезмѣрнаго разростанія эпителия. Реактивное воспаление, развивающееся вокругъ нихъ, часто бываетъ выражено столь рѣзко, что оно вмѣстѣ съ кистами ведетъ къ значительному увеличенію и обезображиванію влагалищной части. Прежде процессъ этотъ называли фолликулярной эрозіей или фолликулярной гипертрофіей.

Въ большинствѣ случаевъ здѣсь дѣло сводится къ вывороту самой нижней части цервикальнаго канала, — вывороту, развивающемуся весьма часто вслѣдствіе того, что наружный зѣвъ, благодаря разрывамъ, являются широко раскрытымъ.

Но пораженія такого же анатомическаго характера мы находимъ иногда вокругъ наружнаго маточнаго зѣва даже у дѣтей и дѣвицъ (*Fischel*). Въ этихъ случаяхъ мы имѣемъ дѣло или съ выворотомъ сильно набухшей, воспаленной слизистой оболочки цервикальнаго канала, какъ это можно констатировать по складкамъ *arboris vitae*, которыхъ невозможно не узнать, или же съ эмбриональнымъ состояніемъ матки. Въ послѣднемъ случаѣ однослойный цилиндрическій эпителий въ окрестности наружнаго маточнаго зѣва не замѣняется, какъ это бываетъ нормально, еще во время внутриутробной жизни плоскимъ многослойнымъ эпителиемъ, но остается *in statu quo*.

Наконецъ, эрозии могутъ возникать и подъ вліяніемъ раздраженія со стороны секрета, который вытекаетъ изъ шейки или застаивается въ рукавѣ. Мы знаемъ, что, когда влагалищный секретъ теряетъ свою нормальную кислую реакцію, то въ немъ начинаютъ преобладать вегетативныя формы, придающія ему ѣдкія свойства. Тогда плоскій эпителий въ окрестности наружнаго маточнаго зѣва исчезаетъ и замѣняется, на соответствующихъ мѣстахъ, цилиндрическимъ.

*Ruge* и *Veit* доказали, что при этомъ процессѣ эпителиальныя клѣтки, лежащія глубже, не продуцируютъ болѣе слоевъ плоскаго эпителия, дѣлаются длиннѣе и уже и приобрѣтаютъ всѣ характерныя свойства цилиндрическаго эпителия.

Если раздраженіе ѣдкимъ секретомъ будетъ устранено, то цилиндрическій эпителий опять начинаетъ продуцировать плоско-эпителиальныя клѣтки, которыя наслаиваются надъ нимъ, и такимъ образомъ, пораженный мѣста вновь приобрѣтаетъ свой нормальный покровъ.

Если мы выше отмѣтили, что въ общемъ разбираемое пораженіе не имѣетъ ничего общаго съ воздѣйствіемъ бактерій, то можемъ сдѣлать это лишь съ извѣстнымъ ограниченіемъ. Такъ, гонорройный цервицитъ можетъ вести къ набуханію мукозы, которое въ состояніи вызвать ея выворотъ. А что гонококки иногда, при разбираемыхъ пораженіяхъ, имѣются налицо въ эпителиальномъ слоеѣ, — это установлено (*Vögnel*). Впослѣдствіи набуханіе мукозы можетъ принять хроническій характеръ и сохраниться даже послѣ того, какъ гонококки исчезнутъ.

Подобныя же измѣненія слизистой оболочки, поскольку они носятъ воспалительный характеръ, имѣютъ мѣсто въ самомъ цервикальномъ каналѣ, хотя и въ менѣе рѣзко выраженной формѣ.

Хотя со времени опубликованія изслѣдованій Ruge и Veit'a прошли уже десятки лѣтъ, многіе практики еще до сихъ поръ держатся фальшиваго представленія, что ярко-красная кайма вокругъ наружнаго зѣва представляетъ собою настоящую язву, и

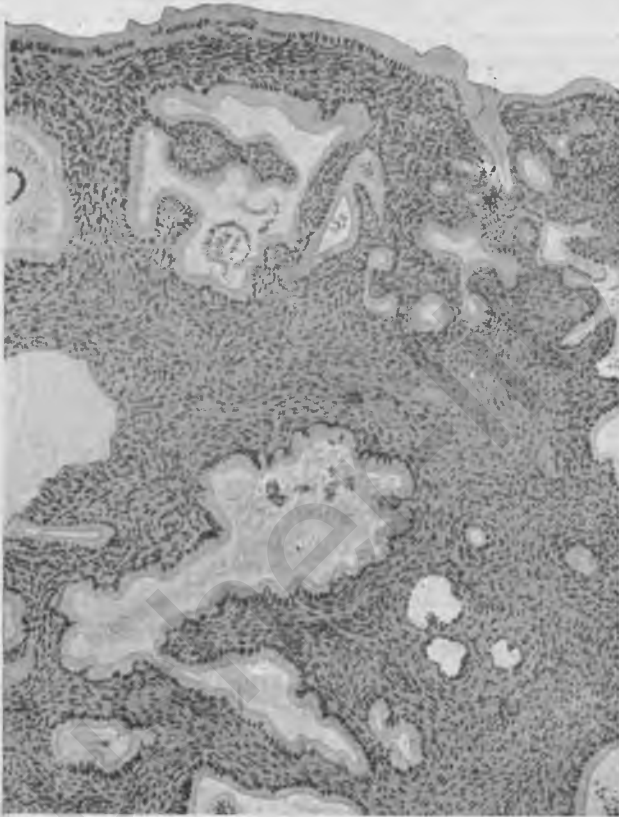


Рис. 172. Эрозія влагалишной части. Поверхность покрыта цилиндрическихъ эпителиемъ. Желѣзы содержатъ секретъ въ значительномъ количествѣ, и ихъ просвѣтъ сильно растянутъ.

въ силу этого представленія прибѣгаютъ къ неправильной терапіи. Представленіе это въ значительной мѣрѣ поддерживается старымъ названіемъ «эрозія», принятымъ для обозначенія разбираемаго заболѣванія. Поэтому является цѣлесообразнымъ — совершенно бросить старыя выраженія «простая эрозія», «напиллярная эрозія», «фолликулярная эрозія», замѣнивъ ихъ общимъ понятіемъ объ «аденоидномъ разростаніи».

Діагнозъ этого пораженія легко поставить при помощи трубчатого зеркала. Очень важно при этомъ доказать съ положительностью, что главный симптомъ — обильное слизисто-гноинное выдѣ-

ление (бѣли) — зависитъ именно отъ даннаго страданія. Доказательства этого мы получаемъ путемъ микроскопическаго изслѣдованія маточнаго секрета, добытаго при помощи пробнаго тампона Schultze (см. выше).

При тщательномъ осмотрѣ такого тампона, который хорошо прилегалъ къ наружному зѣву, можно констатировать, что находящееся на немъ отложеніе гноя по своей формѣ равновелико красной полосѣ, окружающей наружный маточный зѣвъ. Изъ этого можно было-бы заключить, что красная кайма является одна мѣстомъ, продуцирующимъ гной. Такое заключеніе является, однако, неправильнымъ: не надо забывать, что отъ аденоидныхъ разрошеній тампонъ отдѣляется легко, тогда какъ съ остальными частями portioonis vaginalis и влагалищными сводами его поверхность склеивается обычно болѣе плотно.

Задача терапіи состоитъ по меньшей мѣрѣ въ удаленіи секрета и, слѣдовательно, въ устраненіи того вреднаго момента, который поддерживаетъ болѣзненный процессъ въ слизистой оболочкѣ. Для этой цѣли весьма полезными являются влагалищныя спринцеванія, температура которыхъ должна приблизительно равняться температурѣ тѣла; они должны производиться самой большой одинъ или два раза въ день. Къ водѣ для спринцеванія хорошо прибавлять дезинфицирующія или вяжущія средства: карболовую кислоту (2%), борную кислоту (2%—5%), формалинъ 10 на 100 (по 1 столовой ложкѣ на литръ), kalium hypermanganicum, древесный уксусъ, лизолъ, квасцы, таннинъ, zincum sulfuricum, cuprum sulfuricum, plumbum aceticum, aluminium aceticum и альзолъ (alsoli 45,0, ac. acetic. glac. 5,0, воды 50,0, по 1 столовой ложкѣ на литръ) (ср. гл. VI). Эти спринцеванія не только вымываютъ секретъ, но и побуждаютъ матку къ сокращеніямъ, которыя, въ свою очередь, способствуютъ удаленію секрета изъ ея полости. Кромѣ того спринцеванія оказываютъ непосредственное благопріятное вліяніе на больную слизистую оболочку нижнихъ отдѣловъ шейки, т. е. тѣхъ, которые при этомъ оmyваются. Подъ вліяніемъ спринцеваній воспалительное припуханіе слизистой оболочки исчезаетъ, и незначительные вывороты шейки проходятъ безъ всякаго дальнѣйшаго вмѣшательства. Спринцеванія въ состояніи еще и инымъ образомъ измѣнять границы эпителія въ окружности наружнаго и маточнаго зѣва, установившіяся въ ущербъ плоскому эпителію. Подъ вліяніемъ методическаго ихъ примѣненія, даже при большихъ выворотахъ вслѣдствіе разрыва, красная слизистая оболочка на нашихъ глазахъ начинаетъ постепенно блѣднѣть, начиная съ наружнаго края, и въ концѣ концовъ принимаетъ блѣдно-розовый оттѣнокъ, свойственный стѣнкамъ влагалища.



Рис. 173. Ампутированная влагалищная часть матки у дѣвницы съ врожденнымъ выворотомъ. Имѣющаяся на рисункѣ линия пересѣкаетъ стволъ arboris vitae. Непосредственно подъ мѣстомъ пересѣченія находится входъ въ цервикальный каналъ. То обстоятельство, что стволъ arboris vitae открытъ на всемъ своемъ протяженіи, доказываетъ, что цервикальный каналъ вслѣдствіе выворота раскрытъ почти на половину своего протяженія.

На микроскопическихъ препаратахъ въ этихъ случаяхъ мы видимъ, что поверхности, которыя раньше были покрыты однослойнымъ цилиндрическимъ эпителіемъ или въ лучшемъ случаѣ тонкимъ слоемъ плоскаго эпителія, покрыты теперь толстыми пластами послѣдняго (см. рис. 173 и 174).



Описанное леченіе даетъ результаты лишь тогда, когда ирригаціи продолжаются долго; во всякомъ случаѣ оно является вполне пригоднымъ при легкихъ формахъ и при тѣхъ условіяхъ, когда болѣе энергическое леченіе почему-либо неудобно, на примѣръ у дѣвиць.

Леченіе эрозій, скорѣе ведущее къ цѣли, должно быть направлено на устраненіе причины страданія. Оно состоитъ въ слѣдующемъ:

Если имѣется только эрозія безъ выворота, то проще всего прижечь каленымъ желѣзомъ какъ эрозированное мѣсто, такъ и нижній отдѣлъ цервикальнаго канала на протяженіи двухъ сантиметровъ. Это ведетъ къ болѣе быстрому излеченію большой слизистой оболочки, чѣмъ прижиганіе химическими агентами, напр., хромовой кислотой, ляписомъ и дымящейся азотной кислотой.

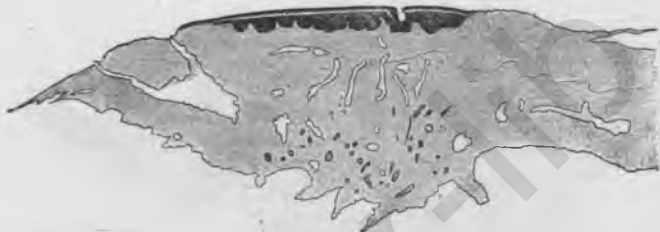


Рис. 174. Микроскопическій разрѣзъ черезъ влагалищную часть больной съ врожденнымъ выворотомъ (рис. 173). Срѣзъ проведенъ въ на правленіи изображенной на рис. 173 линіи. Наружная поверхность покрыта многослойнымъ плоскимъ эпителиемъ, образовавшимся благодаря 3-недѣльному примѣненію спринцеваній. До назначенія послѣднихъ было сдѣлано микроскопическое изслѣдованіе куска слизистой оболочки, взятаго при помощи ножницъ изъ того же мѣста, причѣмъ тиссоза оказалась покрытою однослойнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ.

Слизистые фолликулы (ovula Nabothi) при прижиганіи желѣзомъ тоже вскрываются, но ихъ можно и въ отдѣльности проколоть ножомъ.

Если изслѣдованіе на гонококки дало положительный результатъ, то надо примѣнить антигонорройное леченіе (см. гл. XXII).

Если мы имѣемъ дѣло съ глубокими разрывами шейки, и если граничащая съ ними слизистая оболочка шейки выворочена, или даже и не выворочена, то лучше всего сдѣлать пластическую операцію (tracheloplastica) по методу Roser-Emmet'a.

Эта операція показывается также и при глубокихъ разрывахъ шейки, не осложненныхъ выворотомъ слизистой оболочки, ибо и такіе разрывы могутъ обусловливать тяжелыя разстройства, гиперсекрецію шейки, нервныя явленія и привычныя выкидыши (Olshausen).

Продезинфицировавъ рукавъ и влагалищную часть, оттягиваютъ ее книзу, переднюю и заднюю губу захватываютъ пулевыми щипцами, мѣсто разрыва освѣжаютъ и соединяютъ нѣсколькими узловатыми швами. Такимъ образомъ сшиваютъ оба разрыва, каждый въ отдѣльности. Если одинъ разрывъ менѣе глубокъ, то можно на него не обращать вниманія и сдѣлать на другой сторонѣ немного болѣе обширную пластику.

Освѣженіе лучше всего производить при помощи препарирова-

нія, а не при помощи расщепленія по S ä n g e r ' y, приче́мъ теряется большая часть сильно набухшей слизистой оболочки. Послѣ этой маленькой операціи больную держать въ постели 5 дней. Швы, если они не изъ кѣтгута, а изъ силъкворма и проволоки, каковыя швы больше заслуживаютъ рекомендаціи, удаляютъ по истеченіи восьми дней, приче́мъ не слѣдуетъ вытягивать сильно влагалищную часть.

Такимъ образомъ можно вернуть нормальную форму даже сильно обезображенной влагалищной части. Къ ампутаціи послѣдней нужно прибѣгать лишь тогда, когда воспалительный процессъ, распространившись на болѣе глубокія части, превратилъ ее въ безформенное, объемистое образованіе, напоминающее собою хоботь, которое остается слишкомъ объемистымъ даже и послѣ удачнаго выполненія Roser - Emmet 'овской операціи.

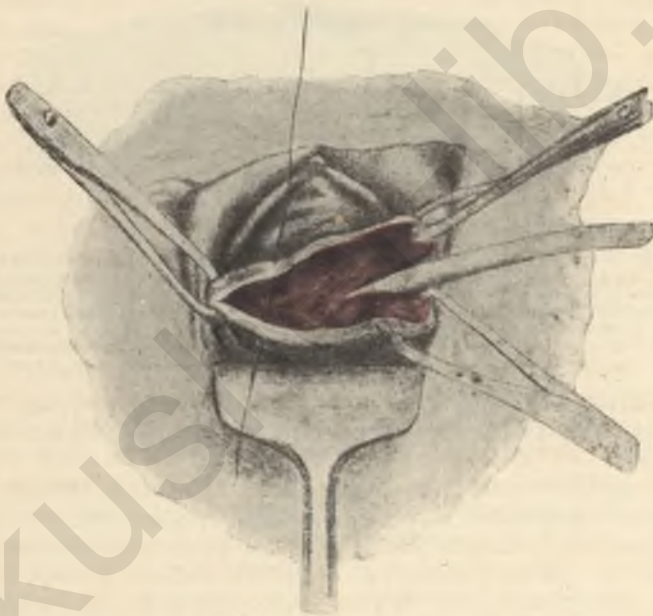


Рис. 175. Roser-Emmet'овская операція. Разрывъ шейки находится справа (на рисункѣ слѣва). Влагалищная часть захвачена 2 пулевыми щипцами и низведена ко входу въ рукавъ. Третьи пулевые щипцы наложены на конецъ разрыва, простирающагося до бокового свода рукава. Въ матку введенъ расширитель № 4. Разрывъ освѣженъ, и на него, около края, наложенъ одинъ шовъ. Больная 33 л., рожавшая 5 разъ, оперирована 27 авг. 1907 г.

Эту операцію производятъ слѣдующимъ образомъ: наркозъ, дезинфекція; влагалищную часть вытягиваютъ двумя пулевыми щипцами, захватывающими переднюю и заднюю губу, послѣ чего разсѣкаютъ наружный маточный зѣвъ и вырѣзываютъ на подобіе плоскаго клина послѣдовательно обѣ маточныя губы; далѣе пришиваютъ глубокими швами слизистую оболочку шейки къ слизистой оболочкѣ влагалищнаго свода или оставшагося отдѣла влагалищной части; швы эти въ случаѣ надобности должны захватывать и кровотокашіе сосуды.

У женщинъ, которыя въ состояннн еще забеременѣтъ, лучше избѣгать этой операціи, если возможно, замѣняя ее операціей Roseg-Emmet'a или же ограничиваясь эксцизіей сильно гипертрофированной слизистой оболочки шейки. Швы при этомъ накладываются такъ же, какъ при ампутаціи влагалищной части. Однако, если дѣло идетъ о незажившихъ разрывахъ шейки, то этотъ методъ эксцизіи никогда не дастъ такихъ хорошихъ результатовъ, какъ операція Roseg-Emmet'a.

Если мы одновременно имѣемъ дѣло съ эндометритомъ тѣла матки, то пластическую операцію на влагалищной части слѣдуетъ соединять съ выскабливаніемъ, дѣлая обѣ операціи въ одинъ сеансъ. Точно также слѣдуетъ поступать и въ тѣхъ случаяхъ, когда нужна частичная перинеопластика, или эпизиопластика, или, при ретроверзии-флексіи матки, антефиксирующая операція.

## Глава XII.

### Особенныя формы эндометрита и метрита. — Послѣдствія этихъ заболѣваній.

Otto Küstner'a.

Крайне своеобразную форму эндометрита представляетъ *endometritis exfoliativa*. При этомъ заболѣваніи во время менструціи отторгаются не только незначительныя скопленія клѣтокъ слизистой оболочки матки, теряющіяся въ менструальной крови, но цѣлыя пласты всей мукозы маточнаго тѣла, выдѣляющіеся наружу въ видѣ перепонокъ. Такимъ образомъ матка лишается при этомъ всего своего внутренняго покрова. Эти перепонки представляютъ собою точныя слѣпки съ внутренней поверхности матки и имѣютъ видъ трехугольных мѣшковъ съ тремя отверстиями на краяхъ, — два соответствуютъ трубамъ, а одно шейкѣ. Перепонки эти по большей части разрываются при своемъ отторженіи или при выдѣленіи, такъ что мы ихъ наблюдаемъ обыкновенно уже въ видѣ лоскутковъ, смѣшанныхъ со сгустками крови.

Выдѣленіе перепонокъ обусловливается энергичными сокращеніями матки и, такъ какъ послѣдняя находится обычно въ состояніи весьма сильнаго воспаления, то часто сопровождается сильными болями. Оттого процессъ этотъ и носитъ раньше симптоматическое названіе *dysmenorrhoea membranacea*.



Рис. 176. *Decidua menstrualis*, весьма демонстративный экземпляръ. Отъ одного угла, соответствующаго трубѣ, оторванъ кусокъ. Внизу, на разстояніи одного сантиметра вверхъ отъ нижняго края препарата, видна перетяжка, соответствующая внутреннему маточному зѣву. Это мѣсто составляетъ границу отпадающей оболочки маточнаго тѣла. Два лоскутка, свѣшивающіеся поль этой перетяжкой, представляютъ собою *decidua cervicalem*. 1 2 натуральной величины.

На перепонкахъ можно различать железы съ ихъ эпителиемъ, а иногда и эпителий наружной поверхности. Межжелезистая ткань по большей части представляется гипертрофированною, клѣтки ея — значительно увеличенными (Gebhard). Срѣзы изъ перепонокъ по большей части плохо воспринимаютъ окраску<sup>1)</sup>. Слѣдуетъ упомянуть, что нерѣдко при весьма обильныхъ мѣсячныхъ, т. е. стало быть, преимущественно у женщинъ, страдающихъ эндометритомъ, также выдѣляются куски трехугольной формы, по представляющіе собою кровяные свертки.

1) Gottschalk, изслѣдуя перепонки подъ микроскопомъ, нашель массу свѣжихъ тромбовъ въ венахъ отслоившейся мукозы. Отдѣленіе перепонокъ онъ приписываетъ отслаивающему кровотеченію въ толщу слизистой. В. Г.

Выдѣление ихъ происходитъ при такихъ же боляхъ, какъ и выдѣление *deciduae menstruais*.

Микроскопическое изслѣдованіе позволяеть намъ отличить перепончатую дисменоррею даже отъ самаго ранняго аборта. Отпадающая оболочка беременной матки уже очень рано содержитъ большія, характерныя децидуальныя клѣтки, притомъ расположенныя большими связными тяжами, между тѣмъ какъ при эндометритахъ такія клѣтки встрѣчаются лишь по одиночкѣ. Впрочемъ, въ одномъ случаѣ, гдѣ можно было исключить и маточный, и трубный абортъ, я видѣлъ *deciduum menstruale*, которая вполне походила на *decidua graviditatis* (см. рис. 178).

Это заболѣваніе не поддается часто даже самой энергичной терапіи. Даже тщательное выскабливаніе съ послѣдующимъ прижиганіемъ зачастую не достигаетъ цѣли<sup>1)</sup>, и его приходится повторять нѣсколько разъ. Можно здѣсь попробовать и вапоризацію.

Adler и Hirschmann держатся того мнѣнія, что при *dysmenorrhoea membranacea* дѣло идетъ не объ эндометритѣ, а о нормальныхъ отношеніяхъ маточной мукозы, болѣе значительные пласты которой отслаиваются исключительно благодаря особенно энергичнымъ сокращеніямъ матки. Эти же послѣднія являются, въ свою очередь, необходимыми, благодаря узости цервикальнаго канала. Поэтому названные авторы отрицаютъ при данномъ страданіи пользу выскабливанія, а совѣтуютъ прибѣгать предъ мѣсячными лишь къ расширенію внутренняго зѣва.

Выше уже было сказано, что при острыхъ гнойныхъ формахъ эндометрита въ стѣнкахъ матки образуются абсцессы, отслаивающіе внутреннюю поверхность стѣнокъ, вслѣдствіе чего отпадаютъ и выдѣляются большіе куски тканей. Это заболѣваніе было описано Сыромѣтникомъ въ качествѣ особой формы воспаленія, встрѣчающейся въ пуэрперальномъ періодѣ и названной имъ *metritis dissecans*. Такъ какъ, однако, гангрена и отпаденіе тканей при сильныхъ гнойныхъ воспаленіяхъ, въ томъ числѣ и при воспаленіяхъ матки, не представляетъ собою рѣдкости, то и данный процессъ нельзя считать за особую патологическую форму, заслуживающую specialнаго названія. Döderlein, подвергшій строгой критикѣ случаи, описанные подъ названіемъ *metritis dissecans*, приходитъ къ такому же выводу и, подобно мнѣ, думаетъ, что терминъ *metritis dissecans* долженъ быть изъятъ изъ употребленія. Во всякомъ случаѣ, — какъ это отмѣчаетъ и v. Franque, — терминъ этотъ можетъ быть сохраненъ лишь для тѣхъ некрозовъ маточной ткани, которые завязать отъ пиогеннаго тромбоза.

Что подъ названіемъ *metritis dissecans* прежде описывались совершенно различныя вещи, — видно изъ слѣдующаго:

Я изслѣдовалъ два большіихъ куска ткани, которые выдѣлились изъ пуэрперальной матки въ болѣе поздніе дни послѣродоваго періода. Оба они состояли



Рис. 177. *Decidua menstruais*. Въ характерно измѣненной межжелистой ткани можно еще видѣть двѣ железы съ хорошо сохранившимся эпителиемъ.

<sup>1)</sup> Исходя изъ этого факта, многіе гинекологи смотрятъ на *endometritis membranacea* не какъ на мѣстное воспалительное заболѣваніе слизистой оболочки матки, а какъ на мѣстное проявленіе заболѣванія нервнаго аппарата. Вообще этиология этой своеобразной формы до сихъ поръ остается темною. В. Г.



исключительно изъ децидуальныхъ элементовъ. Въ одномъ случаѣ вся decidua vera составляла одинъ компактный слой необыкновенной толщины. Въ этомъ случаѣ большая часть отпадающей оболочки, которая при нормальныхъ условіяхъ, прилегая къ хоріону, выдѣляется вмѣстѣ съ плацентою, оставалась въ маткѣ нѣсколько дней. Итакъ здѣсь, если можно такъ выразиться, выдѣленіе отпадающей оболочки происходило въ два приѣма, подобно тому, какъ это часто бываетъ при раннихъ выкидышахъ. Причиной какъ ненормальнаго утолщенія отпадающей оболочки, такъ и неправильнаго ея выдѣленія въ данномъ случаѣ былъ, повидимому, хроническій воспалительный процессъ. И въ другомъ случаѣ, описанномъ, какъ metritis dissecans, имѣло мѣсто лишь выдѣленіе децидуальной ткани.

Своеобразнымъ результатомъ глубокихъ воспалительныхъ процессовъ въ маткѣ является ея атрезія.

Нѣкоторыя изъ врожденныхъ атрезій, о которыхъ мы уже упоминали, описывая пороки развитія женскихъ половыхъ частей, могутъ съ большою вѣроятностью считаться послѣдствіемъ воспалительныхъ процессовъ, имѣвшихъ мѣсто во время эмбриональной жизни. Та форма атрезіи цервикальнаго канала, которую мы встрѣчаемъ весьма нерѣдко, какъ результатъ старческой инволюціи матки, и которая обусловливаетъ собою hydrometram senilem, возникаетъ преимущественно также на почвѣ воспаления, именно, на почвѣ застарѣлаго шеечнаго эндометрита.

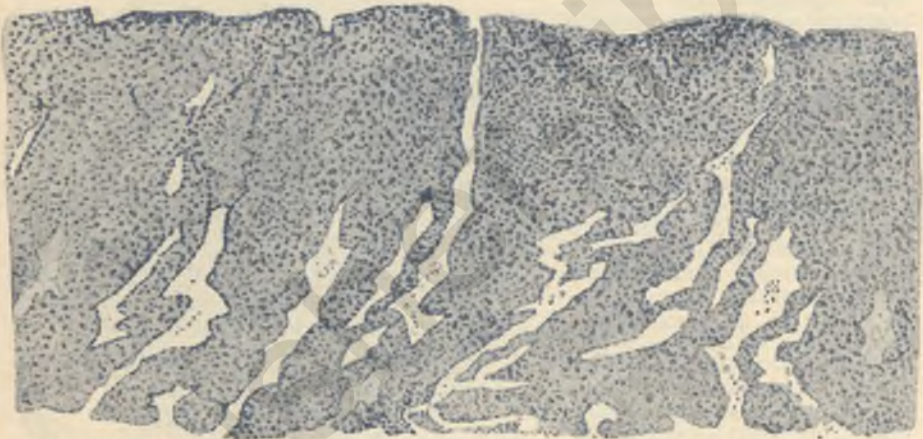


Рис. 178. *Decidua menstrualis*. Поразительное сходство съ *decidua graviditatis*: характерное расширеніе железъ, такъ что образуется нѣчто вродѣ ампулярнаго слоя; значительная гиперплазія интерстиціальныхъ клѣтокъ.

Пуэрперальные процессы тоже могутъ повести къ атрезіямъ въ области шейки. Такой эффектъ могутъ дать — омертвѣніе стѣнокъ шейки вслѣдствіе продолжительнаго прижатія ихъ при затянувшихся трудныхъ родахъ и септической воспалительный процессъ съ послѣдующимъ некрозомъ, развивающійся въ пуэрперальномъ періодѣ. Омертвѣніе тканей вслѣдствіе прижатія чаще, впрочемъ, ведетъ къ образованію свищей или къ рубцовому стенозу влагалища (см. главу VI), омертвѣніе же тканей вслѣдствіе инфекции матки въ послѣродовомъ періодѣ ведетъ скорѣе къ атрезіямъ шейки.

Примѣръ: больная 26 лѣтъ, начавшая менструировать на 12 году жизни, родила въ первый разъ 12/III 1899 г. Роды продолжались 3 дня и были окончены щипцами. Ребенокъ былъ извлеченъ мертвымъ. По словамъ пациентки, послѣродовой періодъ протекалъ безлихорадочно, но она все-таки встала съ постели лишь по истеченіи 4 недѣль.

Послѣ этихъ родовъ мѣсячныхъ еще не было. Пациентка ощущаетъ, кромѣ постоянной боли въ лѣвомъ боку, еще сильныя схваткообразныя боли въ подчревной области, повторяющіяся періодически каждыя четыре недѣли и продолжающіяся около 3 дней.

Матка не увеличена, лежитъ правильно, чувствительна къ давленію. Влагалищная часть имѣетъ форму широкаго конуса. На мѣстѣ наружнаго зѣва находится лишь плоское углубленіе. Шейка не пропущена даже самаго тонкаго зонда.

27/x 1889. Раскрытіе зарощеннаго нижняго отдѣла шейки, облитерированнаго приблизительно на протяжении 1 сантиметра. Послѣ разрѣза изъ матки вытекло отъ 30 до 35 кубическихъ сантиметровъ густой, дегтеобразной, тягучей крови. Рана была прижжена термокаутеромъ. 7/x пациентка была отпушена домой съ широко раскрытой шейкой матки.

Частичную облитерацию полости матки я наблюдалъ неоднократно при субмукозныхъ міомахъ (нѣкоторые изъ этихъ случаевъ описаны Chzapowski<sup>1)</sup>). Вслѣдствіе давленія со стороны опухоли здѣсь происходитъ исчезновеніе покровнаго эпителія на соприкасающихся частяхъ стѣнокъ, что ведетъ къ сросшенію послѣднихъ. Въ одномъ случаѣ субмукозная міома полости матки, величиною въ мужскую голову, срослась на всемъ своемъ протяжении съ чрезвычайно растянутой шейкой и обусловила этимъ гѣматометру. Было произведено полное удаленіе матки *per laparotomiam*; больная совершенно выздоровѣла (см. рис. 99).

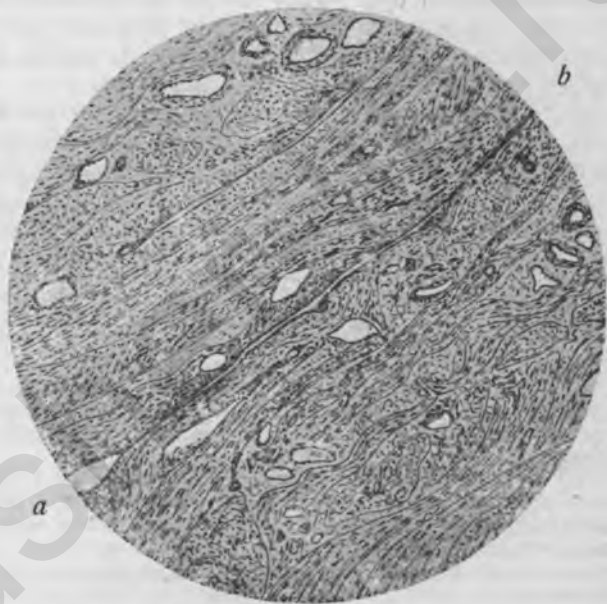


Рис. 179. Полное исчезновеніе слизистой оболочки матки, вызванное давленіемъ со стороны внутривѣстной фибромиомы. Часть *ab* представляетъ отдѣлъ полости матки, гдѣ слизистая совершенно отсутствуетъ, и противолѣжающія стѣнки, состоящая изъ мускулатуры, сросшены между собою; видныя на рисункѣ отверстія представляютъ собою просвѣты сосудовъ. Больная 49 лѣтъ, родившая 4 раза, въ теченіе 8 лѣтъ страдала сильными меноррагіями. Въ животѣ большая, простирающаяся выше пупка міома. 28/x 1894 полное излѣченіе матки черезъ животъ. Выздоровленіе. (Zeitschr. für Geb. u. Gyn., Bd. 33).

Глубокія прижиганія сильнодѣйствующими химическими средствами тоже могутъ быть причиной облитерации какъ канала шейки, такъ и полости маточнаго тѣла. Особенно часто такіе печальные результаты даетъ лечение эндометрита хлористымъ цинкомъ.

Частичныя (Veit, Küstner) и полныя (Fritsch) облитерации часто наблюдались и послѣ выскабливанія — всегда пуперпальныхъ матокъ. Здѣсь неизвѣстно, чему мы должны приписывать главную вину: самому ли выскабливанію, или же послѣдующимъ прижиганіямъ. Равнымъ образомъ облитерацию маточной

1) Интересный случай подобнаго рода былъ оперированъ мною въ Казанской клиникѣ. Въ этомъ случаѣ у больной 46 лѣтъ фиброзный полипъ, съ мандаринъ величиною, развившійся изъ маточной шейки, такъ сросся со стѣнами цервикальнаго канала, что послѣдній оказался вполне облитерованнымъ. Несмотря на то, больная поступила въ клинику съ жалобами на постоянное отдѣленіе крови. При тщательномъ изслѣдованіи оказалось, что источникомъ отдѣленія является вся свободная поверхность сильно увеличенной влагалищной части, причѣмъ кровь отдѣляется изъ мѣстъ, покрытыхъ, повидимому, неповрежденной слизистой оболочкой т. е. *per diapadesin*. При операциіи проходимою найдена была лишь очень небольшая часть цервикальнаго канала, у самаго внутренняго зѣва. В. Г.

полости можно вызвать путемъ вапоризаціи. Иногда такая облитерація является главною цѣлью, ради которой производятъ вапоризацію, особенно при маточныхъ кровотеченіяхъ, не поддающихся инымъ мѣрамъ. При этомъ, если ошпариваніе вѣдетъ за собою полное зарощеніе всей маточной полости, то это можно разсматривать, какъ полный успѣхъ операціи. Если же облитераціи подвергается лишь часть полости матки, выше же этого мѣста маточная мукоза продолжаетъ секретировать и кровоточить, то возникаютъ тяжелыя разстройства.

Главнѣйшій симптомъ при всѣхъ этихъ атрезіяхъ — это задержка маточнаго секрета, а если женщина еще менструируетъ, то и менструальной крови. Если атрезія одновременно захватываетъ и большую часть влагалища, то къ этому присоединяются еще затрудненія при сношеніи.

Терапія та же, что и при врожденныхъ атрезіяхъ. Незначительныя зарощенія легко могутъ быть устранены при помощи отпрепарировапія сросшихся частей и прижиганія раневыхъ поверхностей, или же закрытія ихъ при помощи швовъ. Въ остальныхъ случаяхъ необходимо прибѣгать къ сложнымъ пластическимъ операціямъ (см. главу VI).

Такъ, въ одномъ случаѣ облитераціи шейки я могъ обезпечить сообщеніе между открытою путемъ операціи полостью матки и рукавомъ лишь благодаря наложенію маточно-рукавной фистулы.

Здѣсь упомянемъ кстати, что при внутриматочныхъ вмѣшательствахъ по поводу воспалительныхъ заболѣваній матки иногда операторамъ приводилось перфорировать матку, — чаще ложечкой, рѣже — зондомъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ виною было здѣсь небрежное отношеніе къ дѣлу, въ другихъ — крайняя рыхлость и истонченность стѣнокъ органа или раковыя измѣненія его. Въ этихъ случаяхъ иногда наступала смерть вслѣдствіе кровотечения, иногда же больныхъ спасали при помощи полной экстирпаціи матки, въ другихъ случаяхъ больныя выздоравливали самъ безъ особенныхъ осложненій.

Я наблюдалъ два случая, гдѣ ложечкою было произведено прободеніе матки, причемъ часть сальника проникла въ перфорационное отверстіе и приросла къ внутренней поверхности матки. Путемъ полной экстирпаціи больныя были освобождены отъ кровотеченій и болей.

Въ другихъ случаяхъ, наряду съ перфорацией матки, наблюдалось поврежденіе ложкой кишки (случаи Ogthman'a и мой). Въ одномъ случаѣ, наблюдавшемся мною, — повидимому, при преступномъ выкидышѣ, — тонкая кишка была оторвана ложкой отъ брыжейки и извлечена въ рукавъ. Лапаротомія съ резекціей кишки не могла спасти больной, у которой уже начался септический перитонитъ.

Въ видахъ профилактики необходимо обратить вниманіе на то обстоятельство, что даже столь незначительныя вмѣшательства, какъ зондированіе и выскабливаніе матки, нужно производить весьма осторожно. Къ выскабливанію слѣдуетъ приступать не раньше, чѣмъ когда операторъ, при помощи зонда съ дѣленіями, составитъ себѣ точное понятіе о длинѣ маточной полости. Ложечка для выскабливанія тоже должна быть снабжена дѣленіями; вводить ее въ матку нужно лишь послѣ того, какъ полость органа будетъ достаточно расширена, и притомъ не дальше, какъ на длину этой полости.

Если-бы, къ несчастью, пришлось перфорировать матку, то дальнѣйшій образъ дѣйствій зависитъ отъ силы кровотечения. Если кровотеченіе незначительно, то больной назначаютъ покой и ледъ на животъ, причемъ рана заживаетъ безъ всякихъ осложненій, — разумѣется, при асептическомъ ея состояніи. Если же кровотеченіе значительно, то надо сдѣлать чревосѣченіе — лучше всего чрезъ передній сводъ (передняя кольпотомія) — и наложить швы на рану, обычно имѣющую небольшіе размѣры. Можно также экстирпировать матку черезъ рукавъ, особенно если существуетъ подозрѣніе на ракъ матки, подтвержденное выскабливаніемъ.



Атрофія матки. — Подъ атрофіей матки мы понимаемъ уменьшеніе этого органа, зависящее отъ разстройство питанія. Различаютъ концентрическую и эксцентрическую атрофіи. При послѣдней полость органа не уменьшается, а только стѣнки органа становятся тоньше нормальныхъ. При концентрической формѣ длина маточной полости, нормально равняющаяся 7—8 сантиметрамъ, можетъ быть меньше въ половину.

Неправильно относить къ атрофіямъ тѣ случаи уменьшенія объема матки, гдѣ это уменьшеніе зависитъ отъ остановки развитія органа во время эмбриональной жизни или же въ дѣтскомъ возрастѣ. Подобное состояніе лучше назвать гипоплазіей. Однако, въ литературѣ набирается все болѣе и болѣе случаевъ, подтверждающихъ мнѣніе, что нерѣдко болѣзни, особенно инфекціонныя (скарлатина, корь, оспа, дифтеритъ и т. д.), вызываютъ въ половыхъ органахъ такія измѣненія, которыя раньше приписывались безусловно порокамъ развитія. На нихъ нужно смотрѣть, какъ на послѣдствія воспалительныхъ процессовъ, возникающихъ въ половой сферѣ при общихъ инфекціонныхъ болѣзняхъ. Зачастую состоянія эти бывають сочетаны съ атрезіей матки и рукава.

Кромѣ того мы различаемъ физиологическія и патологическія атрофіи матки.

Физиологической является атрофія старческая, а также атрофія во время періода лактаціи.



Рис. 180. *Puometra senilis* 60-лѣтней женщины, которая три мѣсяца страдала сильною вонючими выдѣленіями. Полная экстирпация *per vaginam* 24/IV 1896. Выздоровленіе. Маточное тѣло шарообразно раздуто. Верхняя часть шейки пропускала до операціи даже самый тонкій зондъ лишь при нѣкоторомъ насиліи. (Стереоскопическій атласъ Küstner-Neisser'a).

Старческая атрофія иногда (см. главу II) наступаетъ преждевременно, уже на тридцатыхъ годахъ жизни.

Лактаціонная атрофія является физиологическимъ состояніемъ у каждой женщины, кормящей грудью. Она по большей части ограничивается тѣломъ матки, бываетъ эксцентрическаго типа и выражается большимъ или меньшимъ утонченіемъ стѣнокъ матки. Съ тѣхъ поръ, какъ мы, благодаря Sängery, узнали, что физиологическая инволюція матки въ послѣродовомъ періодѣ происходитъ не путемъ распада и новообразованія мускульныхъ элементовъ, но главнымъ образомъ лишь путемъ уменьшенія отдѣльныхъ мышечныхъ волоконъ, — мы имѣемъ право видѣть въ лактаціонной атрофіи аналогичный процессъ. Съ прекращеніемъ кормленія грудью матка возвращается къ нормальной величинѣ безъ всякаго врачебнаго вмѣшательства.

Лишь въ тѣхъ случаяхъ, когда лактація продолжалась слишкомъ долго, причѣмъ пострадало общее питаніе организма, лактаціонная атрофія остается и послѣ прекращенія секреторной дѣятельности грудныхъ железъ, можетъ остаться даже навсегда. Это случается особенно часто съ слабо развитыми въ физическомъ отношеніи женщинами, страдающими изнурительными болѣзнями, преимущественно легочной чахоткой. Вообще кормленіе грудью въ теченіе болѣе 9 мѣсяцевъ должно быть запрещаемо. Равнымъ образомъ его слѣдуетъ прекратить и тамъ, гдѣ лактаціонная атрофія распространяется на шейку матки и яичники (Thorn, Fraenkel).

Патологическую атрофію матки мы встрѣчаемъ при

тяжелыхъ разстройствѣхъ общаго питанія даже и независимо отъ кормленія грудью, напр., при легкой чахоткѣ, при хроническомъ нефритѣ, при диабетѣ, а въ отдѣльныхъ случаяхъ также при суставномъ ревматизмѣ, при болѣзняхъ спинного мозга, при морфинизмѣ, при *cachexia strumipriva*, даже послѣ сильныхъ психическихъ возбужденій.

Другая форма патологической атрофіи матки развивается послѣ тяжелыхъ воспалительныхъ заболѣваній матки, особенно въ пурперальномъ періодѣ. Здѣсь дѣло сводится къ настоящему дефекту тканей вслѣдствіе того, что септический процессъ вызвалъ некрозъ большихъ участковъ маточныхъ стѣнокъ, а потому уменьшилось число мышечныхъ клетокъ, входящихъ въ составъ матки.

Третья форма патологической атрофіи матки наблюдается послѣ удаленія яичниковъ. Эта форма представляетъ собою постоянное явленіе послѣ кастраціи, почему и бываетъ часто цѣлью, съ которой производится сама операція (*climacterium praecox*).

При всѣхъ атрофіяхъ матки почти постояннымъ симптомомъ, который и заставляетъ больныхъ обращаться къ врачу, является аменоррея. При бимануальномъ изслѣдованіи мы находимъ, что матка мала, тонка и чрезвычайно гибка. Изслѣдованіе зондомъ, которое здѣсь нужно производить съ особенной осторожностью, вслѣдствіе опасности перфорации, даетъ намъ указанія, имѣемъ-ли мы дѣло съ концентрической или съ эксцентрической формой атрофіи.

Аменоррея позволяетъ также заподозрить прекращеніе функцій яичниковъ. Если во время пурперальнаго періода яичники и не подвергаются ясно выраженнымъ измѣненіямъ (Thomson), то во всякомъ случаѣ овуляція на это время прекращается. Несмотря на то, даже при высшихъ степеняхъ лактаціонной атрофіи можно путемъ ощупыванія убѣдиться, что яичники имѣютъ нормальную величину. Зато послѣдняя значительно уменьшается при старческой атрофіи и при атрофіи, обусловленной изнурительными болѣзнями. Если атрофію обусловило септическое воспаленіе внутреннихъ половыхъ органовъ, то изъ этого можно заключить, что и корковая ткань яичниковъ подверглась стойкимъ тяжелымъ измѣненіямъ, — что, такимъ образомъ, наступила функціональная смерть половыхъ железъ.

Леченіе атрофіи матки бываетъ наиболѣе благодарнымъ въ тѣхъ случаяхъ, когда она обусловлена продолжительной лактаціей. Весьма полезнымъ здѣсь являются: раціональная діета, соответственное питаніе при соответственномъ моціонѣ и пребываніе въ горномъ или морскомъ климатѣ, между тѣмъ какъ черезчуръ энергичныхъ способовъ мѣстнаго леченія здѣсь слѣдуетъ избѣгать.

Атрофія половыхъ органовъ послѣ мѣстныхъ гнойныхъ процессовъ даетъ въ общемъ плохія надежды на излеченіе. Здѣсь весьма умѣстны и позволяютъ до нѣкоторой степени надѣяться на улучшеніе соляныя и грязевыя ванны въ соединеніи съ массажемъ и общимъ укрѣпляющимъ леченіемъ. Полезно тоже мѣстное примѣненіе гальваническаго тока (катодъ въ матку).

При общихъ симптомахъ, сопровождающихъ атрофію матки, весьма хорошіе результаты даютъ оваріинъ и лютеинъ, а при *cachexia strumipriva* — тиреоидинъ.

При тѣхъ формахъ атрофіи, которыя зависятъ отъ изнурительныхъ болѣзней, леченіе должно быть направлено главнымъ образомъ противъ этихъ послѣднихъ.

Метрить. — Въ началѣ предыдущей главы мы уже сказали,

что, по примѣру Döderlein'a, при современномъ взглядѣ на воспалительные процессы нельзя болѣе ограничивать эндометритъ отъ метрита. Въ виду этого намъ остается теперь высказать лишь нѣсколько критическихъ соображеній, чтобы вполне выяснитъ наше отношеніе къ старому понятію о метритѣ.

Въ самой чистой формѣ состояніе остраго метрита съ его классическими кардинальными симптомами наблюдается незадолго до наступленія мѣсячныхъ: въ это время происходитъ сильный приливъ крови къ органу, краснота, опуханіе и повышеніе его температуры, сопровождаемая нѣкоторой болью, которая при нормальныхъ условіяхъ не должна быть слишкомъ интенсивной и должна ощущаться лишь какъ чувство тяжести внизу живота. Такой острый метритъ представляеть собою физиологическій процессъ, который, однако, при неблагоприятныхъ условіяхъ можетъ потерять свой скоропреходящій характеръ. Такъ, напр., охлажденіе тѣла, живота или ногъ незадолго до наступленія мѣсячныхъ, а также горячія или холодныя промыванія влагалища въ это время могутъ повлечь за собою подавленіе мѣсячныхъ (suppressio mensium) и длительное персистированіе предменструальнаго прилива крови.

Подъ хроническимъ метритомъ старые гинекологи, по примѣру Scanzoni, понимали равномерное увеличеніе матки, зависѣвшее обыкновенно отъ утолщенія маточныхъ стѣнокъ и сопровождавшееся опредѣленными припадками, среди которыхъ главными считались: чувство давленія и тяжести въ тазу, боли въ нижней части живота и въ крестцѣ, бѣли и аномаліи мѣсячныхъ, именно ихъ усиленіе.

Эта клиническая картина „хроническаго метрита“, нарисованная Scanzoni, встрѣчается весьма часто, причемъ, однако, какъ выяснили позднѣйшіе авторы, — ей далеко не всегда соотвѣтствуютъ одинаковыя анатомическія измѣненія въ маткѣ. Отсюда „metritis chronica“ въ смыслѣ Scanzoni долженъ быть раздѣленъ на цѣлый рядъ различныхъ болѣзненныхъ процессовъ.

Насколько разнообразна картина „хроническаго метрита“ старыхъ авторовъ, настолько же разнообразны и самыя эти процессы. Многіе изъ нихъ имѣютъ вторичное происхожденіе, представляютъ собою послѣдствія другихъ заболѣваній матки и являются по отношенію къ послѣднимъ явленіямъ сопутствующими, исчезающими съ ихъ устраненіемъ.

Весьма часто общее, равномерное увеличеніе матки зависитъ отъ хроническаго твердаго отека, который обуславливается продолжительными разстройками кровообращенія въ маткѣ вслѣдствіе растягиванія и перекручиванія маточныхъ связокъ. Такія условія создаются, напр., ретроверзіей-флексіей и выпаденіемъ матки. При ретроверзіяхъ увеличеніе матки вслѣдствіе отека неособенно велико, но зато при выпаденіи отечное набуханіе шейки матки достигаетъ весьма сильной степени, такъ что эта часть органа дѣлается длиннѣе нормальнаго почти въ три раза и почти во столько же разъ утолщается.

Другая форма равномернаго увеличенія матки является слѣдствіемъ увеличенія числа и величины мышечныхъ элементовъ матки. Этотъ видъ лучше было-бы

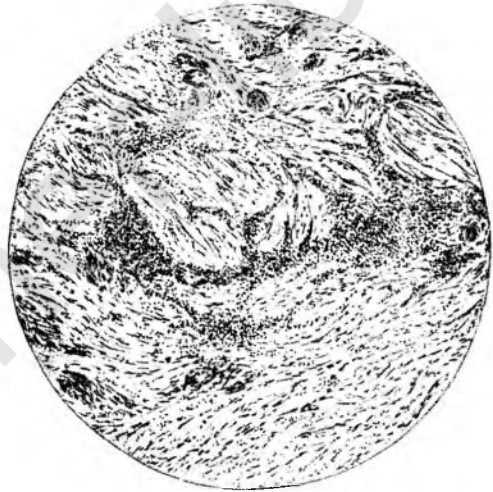


Рис. 181. Metritis gonorrhoeica. Обильная воспалительная инфильтрація кѣлками мышечной ткани. Препаратъ приготовленъ изъ куска матки, взятаго въ окрестности лѣваго угла. У больной одновременно былъ двухсторонній посальпинксъ.

назвать концентрической гипертрофіей матки. Этиологическимъ моментомъ для нея является недостаточная обратная инволюція матки послѣ родовъ и выкидышей.

Чаще всего, однако, концентрическую гипертрофію мы встрѣчаемъ при воспалительныхъ заболѣваніяхъ и новообразованіяхъ въ эндометріи или въ ближайшемъ къ нему мускульномъ слое. Имѣющая въ этихъ случаяхъ мѣсто усиленная секреторная слизистая оболочка предъявляетъ большія требованія къ маточному тѣлу и его мускулатурѣ. Матка гипертрофируется при этомъ по тому же закону, по которому гипертрофируется сердечная мышца при плевортѣ въ системѣ кровообращенія. Точно такъ же дѣйствуютъ на матку полипозныя опухоли, лежащія въ ея полости: субмукозныя міомы, слизистыя полипы и аденоматозная гипертрофія всей мукозы. Подобнымъ же образомъ нужно смотрѣть и на ту огромную гипертрофію, которой подвергается маточная мускулатура, окружающая всякую внутримѣсячную міому, т. е. на нее нужно смотрѣть, какъ на гипертрофію дѣйствія, на гипертрофію отъ работы.

При всѣхъ этихъ процессахъ наблюдается клинически, какъ мы уже упомянули, одна и та же, нѣсколько блѣдная картина, которая прежними авторами считалась характерною для „хроническаго метрита“: боли въ крестцѣ, боли въ нижней части живота, чувство тяжести и давленія въ тазу, бѣли и меноррагіи. Итакъ, эта чисто симптоматическая картина не соотвѣтствуетъ точно определенному анатомическому понятію. Она нисколько не уясняетъ сущности гинекологическаго заболѣванія, подобно тому, какъ слѣпота не опредѣляетъ страданія глаза.

Если подъ «хроническимъ метритомъ» понимать ту форму равномернаго увеличенія всей матки или одного только тѣла ея, которое обуславливается исключительно развитіемъ соединительной ткани въ маточныхъ стѣнкахъ, то намъ придется имѣть дѣло съ тѣми пораженіями стѣнки матки, которыя этиологически зависятъ отъ первичныхъ воспалительныхъ процессовъ въ эндометріи. Въ этихъ случаяхъ дѣло сводится къ станціонарнымъ измѣненіямъ міометрія, остающимся послѣ острыхъ воспаленій эндометрія и міометрія вмѣстѣ, т. е., стало быть, преимущественно послѣ гонорройнаго и септического эндометрита.

Равнымъ образомъ и при тѣхъ формахъ эндометрита, которыя съ самаго начала носятъ хроническій характеръ, часто можно наблюдать воспалительную инфильтрацію субмукознаго мышечнаго слоя матки. Вообще едва-ли можно отрицать тотъ фактъ, что большинство случаевъ, въ которыхъ Scanzoni видѣлъ хроническій метритъ, въ настоящее время мы отнесли-бы къ хроническому эндометриту.

Новѣйшія изслѣдованія Theilhabeга и Reipicke, по видимому, приводятъ къ старому возрѣнію на метритъ въ смыслъ Scanzoni. Изслѣдователи эти имѣли дѣло съ матками, стѣнки которыхъ были утолщены, полость увеличена и въсь вмѣсто нормальныхъ 60—70 гр. доходила до 250, причемъ это увеличеніе не могло быть поставлено въ связь ни съ однимъ изъ перечисленныхъ мною сейчасъ этиологическихъ моментовъ. Микроскопическое изслѣдованіе позволило констатировать лишь измѣненія въ міометріи, именно, значительный перевѣсъ соединительной ткани надъ мускулатурой. Theilhabeг доказалъ, что у дѣтей матка на  $\frac{2}{3}$  состоитъ изъ соединительной ткани и на  $\frac{1}{3}$  — изъ мышцъ, у зрѣлыхъ же въ половомъ отношеніи женщинъ — на  $\frac{1}{3}$  изъ соединительной ткани и на  $\frac{2}{3}$  — изъ мышцъ, тогда какъ у старухъ существуетъ такое же отношеніе, какъ у дѣтей. Послѣ каждаго пуэрперія матка теряетъ относительно много изъ своей мускулатуры, менѣе — изъ соединительной ткани, но въ общемъ остается больше, чѣмъ прежде. Если утрата мускулатуры, благодаря какой-нибудь причинѣ, ускоряется, то уже до наступленія климактерія образуется несоотвѣтствіе въ смыслѣ перевѣса соединительной ткани. Въ этомъ и состоитъ сущность хроническаго метрита. Reipicke констатировалъ, кромѣ того, при метритѣ старческой склерозъ сосудистыхъ стѣнокъ. Наибольше предрасположенный къ этому заболѣванію возрастъ — передъ климактеріемъ. Благоприятствующими моментами являются мѣсныя воспаленія, частые роды, болѣзни питанія, эксцессы in Venere. Симптомами болѣзни являются кровотеченіе и перечисленные выше припадки.

Рапkow, въ своихъ недавно опубликованныхъ изслѣдованіяхъ надъ метритическими матками, могъ зачастую также констатировать преобладаніе соединительной ткани. Напротивъ, болѣе или менѣе значительныя измѣненія сосудовъ онъ отрицаетъ; онъ не находилъ никакого настоящаго артеросклероза за исключеніемъ лишь того, который зависѣлъ отъ преклоннаго возраста больныхъ. Отрицаетъ этотъ авторъ и увеличеніе эластической ткани. Рапkow предполагаетъ, не зависить-ли главный симптомъ, наблюдающійся въ тѣхъ случаяхъ, которые мы наклонны относить къ идиопатическому хроническому метриту, — именно, маточныя кровотеченія, — или отъ застоя крови, или отъ разстройствъ яичниковой дѣятельности, или, можетъ быть, отъ нарушенія физиологическаго равновѣсія отдѣлительной работы различныхъ железъ, обладающихъ способностью къ „внутренней секреціи“. Онъ склоненъ совершенно выбросить изъ употребленія терминъ „metritis chronica“, замѣнивъ его предложеннымъ Аschoffомъ выраженіемъ „metropathia chronica“, или еще лучше, — выраженіемъ „metropathia chronica haemorrhagica“.

Дифференціальный діагнозъ между заболѣваніями, обусловливающими равномерное увеличеніе матки, будетъ-ли то хроническій отекъ, или концентрическая гипертрофія, или развитіе соединительной ткани, — не всегда легко, но все-таки всегда возможенъ. Обильныя бѣли, мено- и метроррагіи говорятъ болѣе за воспалительный (эндометритъ) или за новообразовательный процессъ въ маткѣ. Для выдѣленія случаевъ недостаточной инволюціи матки въ пуэрперальномъ періодѣ, особенно послѣ выкидыша, а также случаевъ хроническаго воспалительнаго процесса, являющагося послѣдствіемъ острыхъ инфекцій маточной ткани, — даетъ точки опоры анамнезъ. На увеличеніе матки, зависящее отъ измѣненія ея положенія, нужно смотрѣть прежде всего, какъ на твердый отекъ.

Въ случаяхъ послѣдняго рода терапия совпадаетъ съ ортопедическимъ леченіемъ неправильныхъ положеній матки. Равнымъ образомъ причинное леченіе показуется и при гипертрофіяхъ, обусловленныхъ катарральнымъ состояніемъ матки и внутриматочными опухолями.

Въ спеціальному леченію нуждаются лишь состоянія постояннаго менструальнаго прилива крови къ маткѣ, недостаточная инволюція послѣдней и острые воспаления, перешедшія въ хроническую стадію. Здѣсь уместно рассасывающее леченіе. Прекрасные результаты получаются при соленыхъ и грязевыхъ ваннахъ. Соленыя ванны противопоказаны при анеміи; ихъ нужно назначать совершенно такъ же, какъ при хроническихъ параметритахъ, периметритахъ и сальпингоофоритахъ (см. соответствующія главы).

Полезно также дѣлать отъ времени до времени кровопусканія изъ матки, именно изъ влагалищной ея части. Самымъ дѣйствительнымъ, но за то, пожалуй, и самымъ труднымъ способомъ является приставленіе къ влагалищной части пиявокъ. Для этого нужно вставить влагалищную часть въ зеркало Маусга, вытереть ее до чиста и закупорить наружный маточный зѣвъ ватною пробкой. Послѣ того помѣщаютъ въ зеркало 2—3 пиявки и закрываютъ отверстіе зеркала опять-таки крѣпкимъ ватнымъ тампономъ. Помѣщеніемъ такимъ образомъ пиявки обыкновенно въ концѣ концовъ присасываются къ влагалищной части. Гораздо проще и удобнѣе примѣнять скарификаціи, т. е. уколы и надрѣзы влагалищной части при помощи длиннаго, остраго ланцета. Обыкновенно, для того, чтобы выпустить изъ матки нѣсколько столовыхъ ложекъ крови, достаточно 5—10 надрѣзовъ или уколовъ. Эту маленькую операцію можно, въ случаѣ нужды, повторять по истеченіи нѣсколькихъ дней.

Наиболѣе радикальное леченіе состоитъ въ изсѣченіи матки, которое проще всего предпринимать со стороны рукава.

Хроническое воспаленіе и гипертрофію одной только влагалищной части мы наблюдаемъ при проляпсѣ, при глубокихъ надрывахъ наружнаго зѣва и при послѣдовательномъ катаррѣ шейки. Въ первомъ случаѣ гипертрофія обусловливается хроническимъ отекомъ, леченіе котораго сводится къ леченію проляпса. Что касается случаевъ, гдѣ имѣется настоящая воспалительная инфильтрація *portionis vaginalis*, то объ этомъ смотри выше.

Наконецъ, существуетъ еще врожденная форма гипертрофіи влагалищной части, которая даже въ незначительной степени встрѣчается весьма рѣдко. При этой формѣ влагалищная часть можетъ оказаться по длинѣ равной всему влагалищу, такъ что въ то время, какъ маточное тѣло остается на своей нормальной высотѣ въ тазу, наружный маточный зѣвъ оказывается стоящимъ въ *introitus vaginae* и даже можетъ выходить изъ него наружу (врожденное выпаденіе матки).

Эта форма гипертрофіи требуетъ леченія не въ однихъ только косметическихъ видахъ. Вполнѣ ясно, что длинная влагалищная часть можетъ мѣшать при половыхъ сношеніяхъ, на что дѣйствительно больныя весьма часто и жалуются. Еще хуже то обстоятельство, что длинная влагалищная часть мѣшаетъ маткѣ свободно перемѣщаться; матка при этомъ неподвижно вколачивается во влагалище, что ведетъ къ полному бездѣйствію ея мышечнаго аппарата, отгѣсняется кзади и, наконецъ, совершенно ретрофлектируется, благодаря дѣйствію брюшнаго пресса. Ретрофлексія здѣсь тѣмъ легче ведъ къ проляпсу, что удлинненная влагалищная часть легче преодолеваетъ препятствіе со стороны *constrictoris cunni*, чѣмъ нормальная влагалищная часть.

Въ подобныхъ случаяхъ терапия должна состоять, независимо отъ того, наступила-ли уже послѣдовательная ретроверзія и выпаденіе, или нѣтъ, — въ оперативномъ укороченіи влагалищной части. Къ этой операци, въ случаѣ нужды, слѣдуетъ присоединить ортопедическое леченіе или же оперативныя мѣропріятія, принимаемъ для устраненія ретрофлексіи и проляпса (см. главы VIII и IX).

## Глава XIII.

### Десмоидныя новообразованія матки.

Albert'a Döderlein'a.

#### 1. Миомы, фибромы и фибромиомы.

Женскіе половые органы весьма часто поражаются новообразованіями, среди которых видное мѣсто занимаютъ волокнистыя опухоли, исходяція изъ міометрія, притомъ какъ изъ соединительной, такъ и изъ мышечной ткани послѣдняго.

У женщинъ старше 35 лѣтъ Bayle нашелъ миомы въ 20<sup>0</sup>%. Klobb полагаетъ даже, что миомами страдаетъ 40<sup>0</sup>% женщинъ, имѣющихъ свыше 50 лѣтъ.

Въ общемъ процентное количество больныхъ миомами, конечно, гораздо меньше. Hofmeier на 11,073 больныхъ насчиталъ 4,3<sup>0</sup>% съ миомами. Müller на 11,203 больныхъ Engström'овской клиники — 4,7<sup>0</sup>%. Kleinwächter — 4,4<sup>0</sup>%, Sarrazin на 3,500 больныхъ Тюбингенской клиники — 6,42<sup>0</sup>%. Позднѣе, а именно въ теченіе послѣднихъ шести лѣтъ, среди 4,400 больныхъ Тюбингенской гинекологической клиники было 400 явившихся въ клинику для оперативнаго удаленія міомъ, такъ что больныя съ миомами составили приблизительно 10<sup>0</sup>% всѣхъ больныхъ клиники.

Мѣстныя измѣненія, обусловливаемыя миомами, ихъ отдаленное вліяніе и притекающій отсюда вредъ для всего организма являются, по крайней мѣрѣ въ большинствѣ случаевъ, настолько значительными, что этимъ опухолямъ матки нельзя, несмотря на ихъ анатомическую доброкачественность, не приписать большого патологическаго значенія.

Формы, въ которыхъ являются миомы, бывають настолько измѣнчивы и разнообразны, что на нѣсколько сотъ случаевъ едва-ли найдется два совершенно похожихъ другъ на друга.

Обыкновенно картина болѣзни состоитъ въ томъ, что въ стѣнкахъ матки мы опредѣляемъ нѣсколько твердыхъ, шаровидныхъ узловъ различной величины. Вслѣдствіе этого болѣе или менѣе увеличенная, твердая матка подвергается измѣненіямъ въ формѣ и величинѣ, которыя легко констатировать путемъ комбинированнаго изслѣдованія.

Анатомическое строеніе фибромиомъ является весьма простымъ, такъ какъ обычно эти опухоли состоятъ только изъ соединительной ткани и изъ мышечныхъ волоконъ. Сообразно тому, будетъ-ли неправильно переплетающаяся соединительная ткань составлять главную часть опухоли, или главная масса послѣдней

будетъ состоять изъ правильно расположенныхъ мышечныхъ элементовъ, мы различаемъ: фибромы и миомы. Однако, если вникнуть въ дѣло глубже, а особенно, если смотрѣть съ клинической точки зрѣнія, то нужно сказать, что раздѣленіе обоихъ названныхъ видовъ вовсе не является необходимымъ, тѣмъ болѣе, что обыкновенно въ опухоляхъ даннаго типа имѣются налицо тканевые элементы обоихъ родовъ, т. е. опухоли эти и анатомически являются принадлежащими къ одному типу фиброміомъ. Кромѣ того, различныя гистологическія разновидности этихъ опухолей въ дальнѣйшемъ своемъ развитіи не проявляютъ никакихъ существенныхъ различій. Оттого различныя наименованія ихъ, — миомы, фибромы, фиброиды, фиброміомы, — употребляются обыкновенно въ гинекологіи, какъ синонимы.

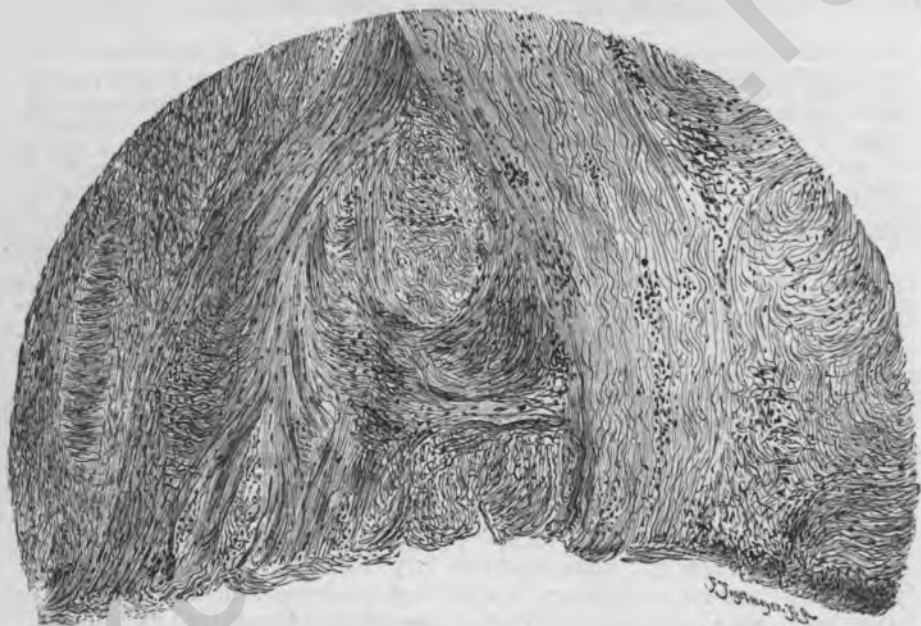


Рис. 182. Миома uteri. Надвлагалищная ампутація матки („Grundzüge“ etc. Küstner'a)

Зато и клинически, и гистологически должны быть выдѣлены въ особую группу тѣ опухоли, которыя Resklinghausen'омъ названы аденомиомами, т. е. фиброміомы, заключающія эпителиальную ткань въ формѣ железистыхъ образований. Между тѣмъ какъ обыкновенныя миомы представляютъ собою ясно выраженные узлы, которые могутъ быть легко вылучены изъ маточныхъ стѣнокъ вслѣдствіе наличности у нихъ капсулы изъ рыхлой соединительной ткани, т. е. являются въ видѣ шарообразныхъ миомъ, отграниченіе аденомиомъ отъ окружающихъ тканей является невозможнымъ. При этомъ матка представляется обыкновенно увеличенною *in toto* и зачастую сплошь миоматозно перерожденною. Наиболѣе излюбленнымъ мѣстомъ развитія аденомиомъ служитъ задняя стѣнка матки, особенно въ области трубныхъ угловъ. Исходнымъ пунктомъ ихъ развитія Resk-



lingshausen считаетъ или слизистую оболочку матки, или остатки Wolff'овыхъ тѣлъ.

Гораздо важнѣе гистологическаго подраздѣленія классификація «шарообразныхъ миомъ» на отдѣльныя группы въ зависимости отъ ихъ топографіи, т. е. отъ того, находятся-ли онѣ въ тѣлѣ, или въ шейкѣ матки, растутъ-ли свободно въ брюшную полость, или въ тазовую клѣтчатку. Равнымъ образомъ весьма важною является классификація, при которой принимается въ расчетъ мѣсто первичнаго образования миомы. Съ этой точки зрѣнія мы различаемъ среди фибромиомъ три группы, которыя, хотя и не всегда могутъ быть достаточно рѣзко разграничены, но имѣютъ опредѣленную клиническую физиономію.



Рис. 183. Подсерозныя множественныя фиброиды (extirpatio uteri per abdomen).

1) Подсерозныя фиброиды — это опухоли, расположенныя непосредственно подъ брюшнымъ покровомъ матки, растущія въ брюшную полость и нерѣдко соединенныя съ наружною поверхностью матки лишь при помощи ножки (рис. 183).

2) Подслизистыя фиброиды — это опухоли, расположенныя подъ слизистой оболочкой матки и, стало быть, растущія въ маточную полость. Если подслизистыя фиброиды висятъ въ полости

матки на ножкѣ, то онѣ получаютъ названіе фиброзныхъ полиповъ или полипозныхъ фиброидовъ. Последніе, благодаря сокращеніямъ матки, иногда весьма сильнымъ и болѣзненнымъ, могутъ быть вытолкнуты изъ матки во влагалище, причемъ процессъ этотъ происходитъ вполнѣ по образцу механизма родовъ; такимъ путемъ полипозные фиброиды могутъ иногда самопроизвольно даже совершенно отдѣлиться отъ матки (рис. 184 и 185).

3) Интерстиціальныя или внутривѣстничныя фиброиды. Они включены въ маточную мускулатуру такимъ образомъ, что являются окруженными ею со всѣхъ сторонъ (рис. 186).



Рис. 184. Большой подслизистый фиброидъ, сопровождавшійся сильно выраженнымъ эндометритомъ. (Полная экстирпация per laparotomiam).

По Винкелю относительная частота интерстиціальныхъ, подсерозныхъ и подслизистыхъ міомъ выражается цифрами 65:24,3:10,7.

Фиброміомы, развивающіяся въ боковыхъ стѣнкахъ шейки, подъ брюшиною, носятъ названія: параметральныхъ, подбрюшинныхъ или инфраперитонеальныхъ. Если онѣ, при своемъ дальнѣйшемъ ростѣ, развиваются между листками широкой связки или съ самаго начала сидятъ здѣсь, то получаютъ названіе интралигаментарныхъ.

Такъ какъ отъ положенія міомъ вполнѣ зависятъ и болѣзненные симптомы, ими обусловливаемые, и такъ какъ, съ другой стороны, отъ послѣднихъ почти исключительно зависитъ клиническое значеніе опухоли, то вообще и въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ чрезвычайно важно установить топографическій характеръ фиброміомъ.

И при другихъ новообразованіяхъ женскихъ половыхъ органовъ, напр., при яичниковыхъ кистахъ, мы встрѣчаемъ совершенно

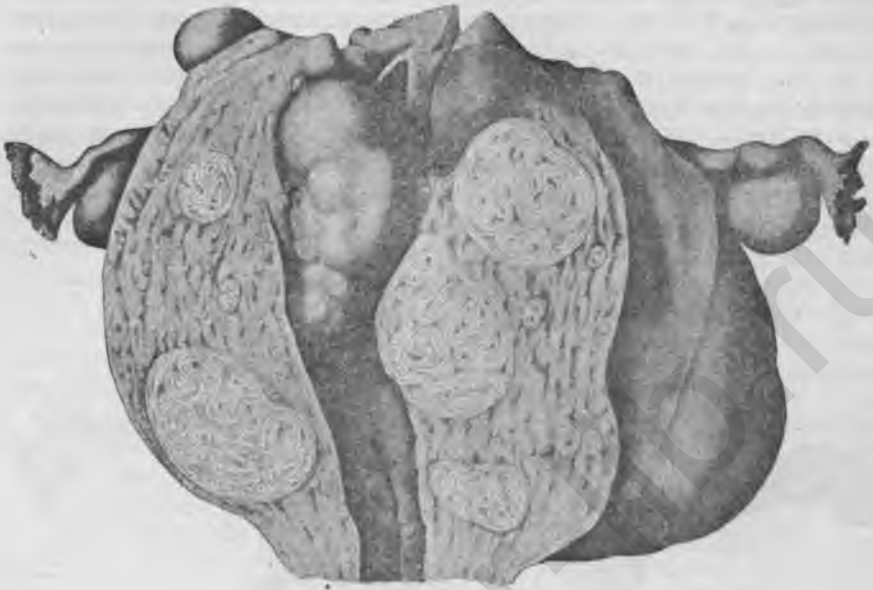


Рис. 185. Интерстиціальныя и подслизистые фиброиды. Нѣкоторые изъ нихъ сидятъ въ маточной полости и соединены съ маточной стѣнкой лишь при посредствѣ тонкой ножки (надвлагалищная ампутація матки).

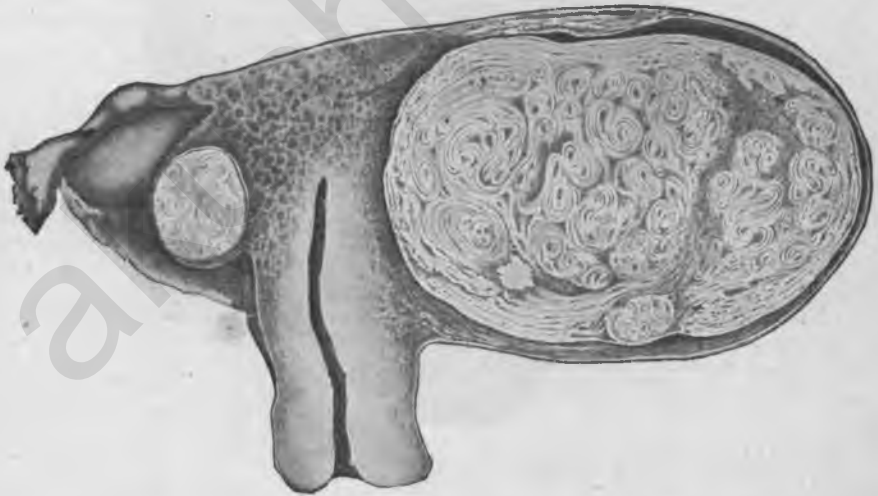


Рис. 186. Интерстиціальный фиброидъ съ ясно выраженной капсулой (полная экстирпація per laparotomiam).

такія же топографическія различія, но здѣсь различія эти имѣютъ гораздо меньшее значеніе для всей оцѣнки случая; въ крайнемъ

случаѣ онѣ могутъ вліять только на выборъ оперативнаго леченія. Гдѣ-бы ни образовалась карцинома, въ шейкѣ-ли, во влагалищной-ли части, или въ маточномъ тѣлѣ, будетъ-ли кистама роста интралигаментарно или будетъ сидѣть на ножкѣ и вдаваться въ брюшную полость, — въ каждомъ изъ этихъ случаевъ значеніе новообразованія для больной и для принциповъ леченія будетъ одно и то же. Напротивъ, при міомахъ, какъ это мы увидимъ, разбирая симптоматику этихъ опухолей, положеніе послѣднихъ въ шейкѣ или тѣлѣ матки, подъ слизистой оболочкой или подъ брюшиной — вполнѣ опредѣляетъ страданіе и показываетъ тотъ или другой способъ удаленія опухоли.

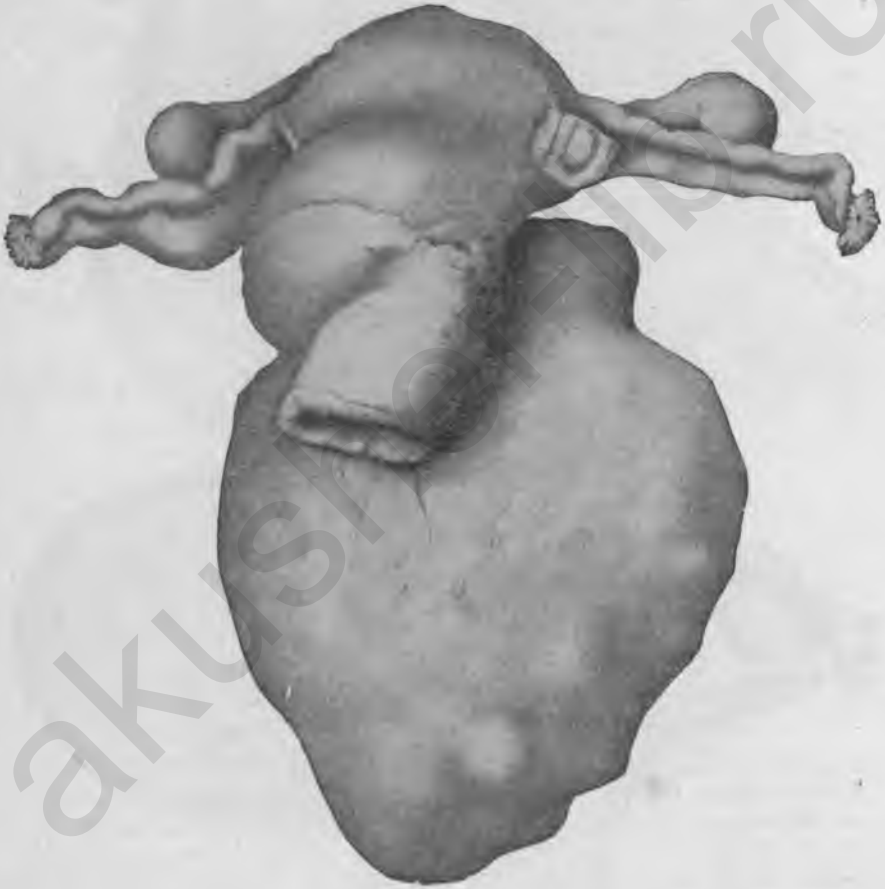


Рис. 187. Ретроцервикальная, инфра — или субперитонеальная міома (полная экстирпация per laparotomiam).

Генезъ фиброміомъ до сихъ поръ является темнымъ. Въ этомъ отношеніи фиброміомы раздѣляютъ участь другихъ новообразованій, о происхожденіи которыхъ создаются все новыя и новыя теоріи, далекія, однако, еще отъ истины.

▲ Относительная частота фиброидовъ въ различныхъ возрастахъ

жизни женщины даетъ, повидимому, нѣкоторыя указанія, освѣщающія патогенезъ этихъ опухолей.

Опытъ свидѣтельствуетъ, что фиброміомы обнаруживаются врачами, т. е., стало быть, даютъ о себѣ знать, обыкновенно во вторую половину зрѣлага возраста женщины. Итакъ матка должна предварительно достигнуть полнаго развитія и сдѣлаться способной къ проявленію всѣхъ своихъ удивительныхъ физиологическихъ функций, дающихъ ей возможность во много разъ увеличиваться во всей ея массѣ послѣ воспріянія яйца, чтобы затѣмъ во время климактерическаго періода перейти въ атрофическое состояніе и утратить всѣ свои функции. Именно въ этомъ-то періодѣ разгара половой жизни и возникаютъ фиброміомы. Насколько вліяетъ на развитіе послѣднихъ физиологическая дѣятельность матки, показываетъ тотъ фактъ, что опухоли эти испытываютъ старческія измѣненія одновременно съ маткой. Съ наступленіемъ климактерія ихъ ростъ прекращается, онѣ становятся придатками, не дающими никакихъ припадковъ.

Статистика Gusseryw'a относительно возраста, въ которомъ чаще встрѣчаются міомы, обнимающая 953 случая, показываетъ, что опухоли эти наблюдаются:

въ	1,6 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	у	женщинъ	моложе	20	лѣтъ
«	17	«	«	«	«	«
«	38,8 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	«	«	«	30	«
«	37,7 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	«	«	«	40	«
«	3,9 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	«	«	«	50	«
«	4,8 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	«	«	«	старше	60

Графически частота міомъ по возрастамъ у 531 женщины, у которыхъ фиброиды были діагностированы при первомъ посѣщеніи, можетъ быть представлена въ слѣдующемъ видѣ:

Возрастъ въ годахъ:  
16—20 л. 21—25 л. 26—30 л. 31—35 л. 36—40 л. 41—45 л. 46—50 л. 51—55 л. 56—60 л. 61—64 л. 35%

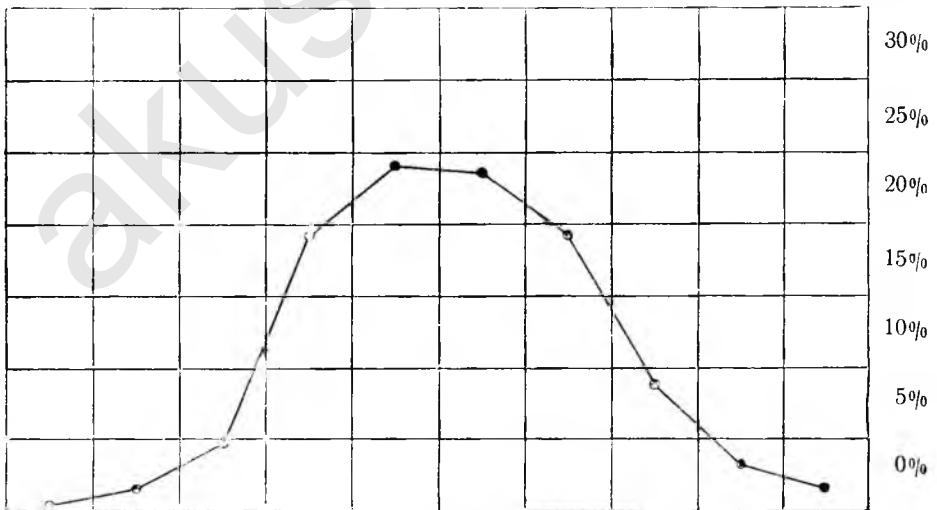


Рис. 188. Графическое изображеніе частоты міомъ въ различныхъ возрастахъ у 531 больной гинекологической клиники проф. Engström'a въ Гельсингфорсѣ (С. Möller. Klin. u. path.-anat. Studien z. Aetiologie der Uterusmyome. Mitt. a. d. G. El. z. Helsingfors, Bd. III, Heft 1).

Если принять во внимание, что, напр., личниковыя кистомы нисколько не зависят отъ возраста больныхъ, встрѣчаясь и у новорожденныхъ, и у молодыхъ дѣвушекъ, и у старыхъ женщинъ, то мы придемъ къ заключенію, что между функциями зрѣлой матки и образованіемъ міомъ существуетъ этиологическая связь. Это предположеніе находитъ себѣ подтвержденіе въ томъ фактѣ, что міомы особенно часто встрѣчаются какъ разъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ матка не имѣетъ возможности проявлять присущей ей способности гипертрофироваться нормальнымъ образомъ, т. е. путемъ беременности. На 189 больныхъ міомами въ Базельской клиникѣ *Fehling* нашелъ отношеніе замужнихъ къ незамужнимъ равнымъ 2:1, между тѣмъ какъ для остальныхъ больныхъ гинекологическаго отдѣленія клиники это отношеніе равнялось 5:1. Среди 11,000 гинекологическихъ больныхъ *Engström* одна дѣвица приходилась на 4 замужнихъ, между тѣмъ какъ среди 530 больныхъ міомами 1 дѣвица приходилась на 2 замужнихъ. У меня въ Тюбингенской клиникѣ, на 300 оперированныхъ случаевъ міомъ, число нерожавшихъ больныхъ относилось къ числу рожавшихъ, какъ 1:2.

Хотя эти наблюденія и являются чрезвычайно важными, однако не слѣдуетъ увлекаться ихъ значеніемъ, такъ какъ они не могутъ дать намъ полнаго объясненія происхожденія фиброидовъ. Другіе авторы приписываютъ больное этиологическое значеніе наследственности и всевозможнымъ половымъ раздраженіямъ, а также, наоборотъ, воздержанію отъ половой жизни<sup>1)</sup>.

Въ концѣ концовъ всѣ соображенія относительно этиологіи міомъ не идутъ далѣе гипотезъ, которыя могутъ быть приняты только на вѣру. Точно также ничего опредѣленнаго мы не знаемъ и о патогенезѣ, resp. гистогенезѣ этихъ опухолей. Развиваются-ли міомы изъ самой паренхимы матки, или изъ мышечныхъ элементовъ сосудистыхъ стѣнокъ, — вопросъ этотъ до сихъ поръ остается невыясненнымъ, несмотря на массу произведенныхъ въ этомъ направленіи изслѣдованій.

Для клинической картины болѣзни болѣе важное значеніе, чѣмъ самыя міомы, имѣютъ вызываемыя ими вторичныя измѣненія въ маткѣ, притомъ какъ въ маточной мускулатурѣ, такъ и въ слизистой оболочкѣ, признаки заболѣванія которой обыкновенно и даютъ знать больнымъ о наличности у нихъ опухоли. Мускулатура матки при фиброміомахъ гипертрофируется иногда сплошь во всемъ органѣ, а *mucosa* разрастается, какъ при *endometritis glandularis hypertrophica et hyperplastica*. При чистыхъ формахъ подслизистыхъ фиброидовъ въ этихъ случаяхъ наблюдается рѣзкій

1) *Kossmann* и нѣкоторые другіе изслѣдователи склонны считать важнымъ этиологическимъ моментомъ въ происхожденіи фиброміомъ матки воспаленіе, видя во многихъ изъ этихъ опухолей ограниченную гиперплазію маточной мускулатуры на воспалительной почвѣ. *Trigoniani*, *Keiffer* и др. ставятъ происхожденіе фиброміомъ въ связь съ мѣстнымъ заболѣваніемъ стѣнокъ маточныхъ сосудовъ, именно артерій. *Strassmann* и *Lehmann*, исходя изъ того факта, что у больныхъ фиброміомами матки женщинъ зачастую наблюдаются заболѣванія сердца, думаютъ, что опухоли эти представляютъ собою одно изъ проявленій общаго заболѣванія вазомоторной системы, точно такъ же, какъ увеличеніе щитовидной железы служитъ однимъ изъ проявленій *Basedow*'ой болѣзни.

контрастъ между слизистой оболочкой, покрывающей нормальныя части матки, т. е. лежащей на стѣнкахъ противоположныхъ міомъ, и слизистой оболочкой, покрывающей самую опухоль; первая гипертрофируется, вторая же болѣе и болѣе истончается, пока, наконецъ, въ ней не исчезнутъ всѣ железы, и поверхностный эпителий не будетъ отдѣляться отъ опухоли лишь тонкимъ слоемъ интерстиціальной ткани. Въ концѣ концовъ и эта послѣдняя совершенно атрофируется подъ вліяніемъ давленія, такъ что фиброидъ остается ничѣмъ не покрытымъ.

Одновременно съ указанными измѣненіями въ маткѣ происходятъ измѣненія въ трубахъ и яичникахъ, но они имѣютъ второстепенное значеніе и являются послѣдствіемъ вызваннаго міомой застоя крови, который ведетъ къ опуханію и увеличенію этихъ органовъ<sup>1)</sup>.

Хотя по своей анатомической структурѣ чистыя фиброміомы должны быть причислены къ доброкачественнымъ опухолямъ, однако онѣ могутъ очень скоро утрачивать этотъ характеръ, при своемъ перерожденіи и другихъ осложненіяхъ. Осложненія эти, въ порядкѣ ихъ важности, могутъ быть расположены слѣдующимъ образомъ:

1) Злокачественное перерожденіе, наступающее почти въ 4% всѣхъ міомъ<sup>2)</sup>. Обыкновенно при этомъ фибромиома перерождается въ веретенообразно-клеточковую саркому, злокачественность которой выражается образованіемъ метастазовъ и склонностью къ рецидивамъ. Подобное перерожденіе фиброидовъ я. между прочимъ, наблюдали въ двухъ случаяхъ кастраціи при міомахъ, нѣсколько лѣтъ спустя послѣ операціи; оно выразилось внезапнымъ быстрымъ ростомъ опухолей, находившихся до того времени въ состояніи покоя.

Мнѣ приходилось также наблюдать случаи, гдѣ аденоміомы перерождались по типу злокачественныхъ аденомъ. Опухоли представлялись при этомъ продырявленными на подобіе рѣшета и пронизанными эпителиальными трубками и железистыми полостями. Смѣшанныя опухоли, какъ міохондромы и міоостеомы, встрѣчаются гораздо рѣже и имѣютъ меньшее значеніе.

2) Воспаленіе, инфекция и гангрена также принадлежатъ къ весьма важнымъ осложненіямъ фиброміомъ. Послѣднія до этихъ осложненій могутъ быть сравнительно невинными и не давать никакихъ припадковъ, осложненныя же дѣлаются весьма опасными для самой жизни больныхъ.

Вообще говоря, воловнистыя опухоли уже по своей природѣ и положенію бываютъ защищены отъ проникновенія въ нихъ бактерій.

1) Помимо того, одни авторы (Vilius) видятъ причину увеличенія яичниковъ при фиброміомахъ матки въ мелкокистовидномъ перерожденіи этихъ органовъ, другіе (Meerdegroot) — въ присутствіи въ яичникахъ многочисленныхъ сохрога albicantia, подвергающихся гиалиновому перерожденію.

Сравнительно очень нерѣдко при фиброміомахъ матки наблюдается въ яичникахъ и трубахъ образованіе гѣматомъ. Такъ, Lauwers встрѣтилъ гѣматомы въ придаткахъ, на 150 случаевъ міомъ, 12 разъ. В. Г.

2) Другіе авторы опредѣляютъ процентъ злокачественнаго перерожденія міомъ значительно выше. В. Г.

Эта опасность наступает лишь тогда, когда, напр., подслизистые фиброиды уже прорвали свой покровъ и свободно лежатъ въ полости тѣла матки, особенно же въ шейкѣ или влагалищѣ. Проникновению въ нихъ бактерій въ подобныхъ случаяхъ способствуетъ еще одно обстоятельство, благодаря которому инфекцію фиброміомъ приходится считать вторичнымъ явленіемъ, — что, впрочемъ, нисколько не уменьшаетъ ея вреднаго дѣйствія. Дѣло въ томъ, что, потерявъ въ значительной мѣрѣ или совершенно связь съ материнскою тканью, фиброматозные полипы крайне легко подвергаются частичному или полному омертвѣнію. Омертвѣлыя, лишенная питанія ткани ихъ распадаются подъ влияніемъ гнилостныхъ бактерій, и тогда у больныхъ возникаютъ припадки, свойственные гангренѣ, — кровоточенія, лихорадка и сепсисъ. Подобные исходы я наблюдалъ прежде при леченіи фиброидовъ электропунктурой. Къ такимъ же послѣдствіямъ могутъ вести и неоконченныя операціи надъ міомами, когда оставшіяся опухольныя массы приходятъ въ соприкосновеніе съ внѣшнимъ міромъ, а равно практиковавшіеся прежде разрѣзы опухольной капсулы со стороны эндометрія<sup>1)</sup>.

Совершенно инныя условія создаются въ тѣхъ случаяхъ, когда міомы лишаются питанія, но не приходятъ въ соприкосновеніе съ внѣшнимъ міромъ. Тогда опухоли эти уменьшаются весьма значительно въ своемъ объемѣ и подвергаются мумификаціи, — такъ же, какъ это бываетъ съ вибматозно развившимися плодами, а иногда и съ внутриматочными, при заткнувшемся выкидышѣ (*missed labour*). Разъ я оперировалъ *per laparotomiam* міому, ущемившуюся въ заднемъ Douglas'овомъ карманѣ, которая лежала вполнѣ обособленно въ брюшной полости, не представляя никакого соединенія съ другими органами и будучи срослена лишь съ окружающей брюшиной при помощи рыхлой, лишенной сосудовъ ткани. На разрѣзѣ опухоль представляла изъ себя сухую, лишенную крови, сѣро-красную, міоматозную ткань, безъ слѣдовъ распада или воспаленія. Подобныя состоянія я наблюдалъ также и при полномъ перекручиваніи ножки подсерозныхъ фиброидовъ.

Въ противоположность кистомамъ яичника, которыя, благодаря своему жидкому, богатому питательными веществами содержанию, при перекручиваніи ножки, т. е., слѣдовательно, при полномъ разстройствѣ питанія, легко нагнаиваются и распадаются, фиброиды, разъ они лежатъ защищенными въ брюшной полости, являются сравнительно мало доступными для бактерій, въ томъ числѣ и для кишечныхъ<sup>2)</sup>.

3) Кистовидное перерожденіе. Иногда фиброміомы заключаютъ въ себѣ болѣе или менѣе значительныя, иногда очень

1) Омертвѣніе міомъ съ слѣдующимъ общимъ сепсисомъ мнѣ приходилось также наблюдать послѣ вапоризаціи и послѣ леченія внутриматочными вырѣскиваниями. В. Г.

2) Несмотря на то, и подсерозно лежащія фиброміомы могутъ, — правда, въ рѣдкихъ случаяхъ, — подвергаться нагноенію. Мнѣ пришлось оперировать одинъ такой случай, гдѣ нагноеніе фиброміомы матки стояло, повидимому, въ связи съ существовавшимъ у больной піосальпинксомъ. В. Г.



большія полости, наполненныя жидкостью<sup>1)</sup>. Такія опухоли носятъ названіе кистоміомъ. Обыкновенно кистоміомы образуются вслѣдствіе перерожденія кровяныхъ или лимфатическихъ сосудовъ, телеангіэктазій и лимфангіэктазій. Весьма вѣроятно, однако, что въ иныхъ случаяхъ здѣсь играютъ извѣстную роль ненормальныя кліѣточные включенія въ опухоли, подобныя тѣмъ, какія бываютъ при аденоміомахъ. Чаще же всего образование кистоміомъ происходитъ вслѣдствіе миксоматознаго перерожденія фибромъ, ведущаго къ совершенному размягченію ткани и къ образованию большихъ полостей.

4) Жировое<sup>2)</sup> и амилоидное перерожденіе. Эти дегенеративныя процессы также наблюдались въ міомахъ, но, по всей вѣроятности, послѣднія подвергались имъ вмѣстѣ съ маткой, притомъ случайнымъ образомъ, напр. при нуэрпериальной инволюціи. Переродившіеся такимъ образомъ фиброиды, подобно маткѣ, могутъ подвергнуться уменьшенію своего объема. Въ литературѣ описаны даже случаи, гдѣ опухоли эти будто-бы совершенно исчезали.

5) Объ извествленіе. Оно встрѣчается въ фибриомахъ весьма рѣдко<sup>3)</sup>, особенно у болѣе пожилыхъ женщинъ. Въ подобныхъ случаяхъ фиброиды могутъ превратиться въ известковые камни или такъ называемые «маточныя камни», подобно тому, какъ образуется lithoraedion. Подъ вліяніемъ какихъ условий пропитывается опухоль углекислой и фосфорнокислой известью, — неизвѣстно. Вѣроятно, здѣсь также играютъ роль расстройства питанія. Импрегнированныя известью опухоли представляются на-ощупь твердыми, какъ камень, такъ что уже при помощи комбинированнаго изслѣдованія можно поставить діагнозъ доброкачественнаго ихъ перерожденія, которое прекращаетъ дальнѣйшій ростъ опухоли.

Значеніе перечисленныхъ, первичныхъ и вторичныхъ, измѣненій, наблюдаемыхъ въ фиброміомахъ, является, какъ это видно изъ вышесказаннаго, весьма различнымъ въ зависимости отъ характера измѣненія. Между тѣмъ какъ жировое перерожденіе, обызвествленіе и атрофія могутъ вызывать уменьшеніе опухоли и даже полное ея исчезновеніе, причемъ, однако, на послѣднее слѣдуетъ надѣяться лишь въ весьма рѣдкихъ случаяхъ, — кистовидное и миксоматозное перерожденіе, а также серозное пропитываніе ведутъ часто къ быстрому увеличенію новообразования. Еще болѣе вредное вліяніе оказываютъ гангрена опухоли и сакроматозное или аденоматозно-карциноматозное перерожденіе ея.

Болѣе или менѣе случайно встрѣчаются комбинаціи міомъ съ другими заболеваниями половой сферы. Чаще среди нихъ наблюдаются комбинаціи міомъ съ яичниковыми кистами. У меня самого на 200 оперативныхъ случаевъ такое сочетаніе встрѣтилось въ 37, въ томъ числѣ дважды вмѣстѣ съ міомами матки были

1) До какой степени можетъ въ отдѣльныхъ случаяхъ достигать кистовидное перерожденіе фиброміомъ матки, — показываетъ интересный случай, опубликованный Нейгебауэромъ: въ этомъ случаѣ фиброміома, имѣвшая 18 сант. въ длину и 24 сант. въ окружности, превратилась въ мѣшокъ, стѣнки котораго имѣли всего отъ 0,2 до 2,2 сант. въ толщину. В. Г.

2) Отъ жирно-перерожденныхъ міомъ слѣдуетъ отличать міомы, содержащія жировую ткань (липо-міомы). Опухоли этого рода встрѣчаются крайне рѣдко. Въ Казанской клиникѣ онѣ были встрѣчены мною два раза. В. Г.

3) Въ 10% случаевъ, по Ріquan d'у. В. Г.

найлены дермоиды яичников. Существует ли какая-либо взаимная связь между этими заболеваниями, — неизвестно. Въ 7 случаяхъ я при міомѣ матки встрѣтилъ и раковое пораженіе послѣдней, причемъ ракъ захватывалъ не только тѣло, но и шейку. У 16 оперированныхъ мною по поводу міомъ большихъ я встрѣтилъ, да-дѣе, hydro- и ruosalpinx, а въ одномъ случаѣ — туберкулезъ трубъ и брюшины, діагнозъ котораго былъ твердо установленъ путемъ прививокъ животнымъ.

Кромѣ того, въ качествѣ большихъ рѣдкостей въ 4-хъ случаяхъ былъ найденъ мною асцитъ, а три раза — кровоизліянія въ брюшную полость. Въ одномъ случаѣ кровоизліяніе произошло черезъ отверстіе, какъ-бы просверленное буровомъ, которое было найдено въ стѣнкѣ вены, толщиной въ палецъ, проходившей по задней поверхности опухоли. Пациентка была чрезвычайно анемична, несмотря на то, что меноррагіи у ней отсутствовали: это обстоятельство нашло себѣ объясненіе лишь тогда, когда при операциі было констатировано большое количество крови въ брюшной полости. Въ другомъ случаѣ въ заднемъ Douglas'овомъ пространствѣ былъ найденъ желатинозный сгустокъ крови неизвѣстнаго происхожденія, а въ третьемъ источникомъ кровотеченія были, повидимому, трубы. Последняя больная страдала сильными маточными кровотечениями; весьма вѣроятно, что оттокъ крови изъ матки былъ почему-либо задержанъ, вслѣдствіе чего кровь стала изливаться черезъ легко проходимаго трубы; возможность послѣдняго установлена мною опытнымъ путемъ при помощи внутриматочныхъ инъекцій.

Вообще на 200 случаевъ міомъ въ 102, т. е. почти у половины больныхъ, мною были найдены болѣе или менѣе серьезныя осложненія.

Въ клинической картинѣ фиброміомъ на первый планъ выступаютъ маточныя кровотечения, которыя въ большинствѣ случаевъ и заставляютъ больныхъ обращаться къ врачу<sup>1)</sup>. Кровопотеря при нихъ можетъ быть настолько значительна, что нѣкоторыя больныя имѣютъ видъ совершенно обезкровленныхъ. Здоровье и даже жизнь такихъ больныхъ находятся въ опасности вслѣдствіе тяжелыхъ вторичныхъ измѣненій, особенно перерожденія сердечной мышцы. Источникомъ кровотеченій при фиброміомахъ является слизистая оболочка матки, причемъ сначала кровотечения являются въ формѣ меноррагій. Такъ какъ измѣненія слизистой оболочки зависятъ, главнымъ образомъ, отъ мѣстоположенія міомы, то понятно, что чѣмъ ближе опухоль находится къ слизистой оболочкѣ, чѣмъ рѣзче выраженъ ея субмукозный характеръ, тѣмъ сильнѣе будетъ выраженъ и эндометритъ, а вмѣстѣ съ нимъ — кровотечения. Поэтому послѣднія бываютъ особенно сильны при полипозныхъ формахъ фиброидовъ. При подсерозныхъ и интерстиціальныхъ міомахъ, сидящихъ дальше отъ слизистой оболочки, усиленіе менструальныхъ кровотеченій, напротивъ, бываетъ выражено слабѣе<sup>2)</sup>.

Первоначально кровотечения при фиброміомахъ являются въ формѣ правильныхъ менструаций, хотя и болѣе сильныхъ и продолжительныхъ. Въ этомъ отношеніи они совершенно сходны съ тѣми кровотечениями, которыя наблюдаются при фунгозномъ эндометритѣ, но не съ тѣми, какія бываютъ при ракѣ. Съ дальнѣйшимъ

1) По даннымъ Winter'a, основаннымъ на изученіи 1.000 случаевъ міомъ матки, кровотечения имѣютъ мѣсто у 65 % всѣхъ больныхъ съ этими опухолями. В. Г.

2) Такимъ образомъ авторъ видитъ причину кровотеченій при фиброміомахъ матки въ осложняющемъ послѣднія эндометритѣ. Таковъ и общій взглядъ на этиологию этихъ кровотеченій. Новѣйшія изслѣдованія Theilhaber'a, однако, дѣлаютъ вѣроятнымъ предположеніе, что въ происхожденіи кровотеченій при міомахъ матки играетъ главную роль не гиперплазія эндометрія, а недостаточность мускулатуры матки. В. Г.

развитіемъ опухоли и съ дальнѣйшими измѣненіями въ слизистой оболочкѣ матки получается, однако, другая картина: кровотеченія усиливаются, становятся продолжительнѣе, промежутки между ними укорачиваются, и въ концѣ концовъ они могутъ сдѣлаться непрерывными, что наблюдается, напр., при тянущемся нерѣдко цѣлыми годами процессѣ выталкиванія изъ матки поделезистыхъ фибридовъ. Такое постоянное кровотеченіе выражается въ формѣ сукровичныхъ истеченій, прерываемыхъ по временамъ обильными изліяніями чистой крови. Если къ этому присоединится еще влажное омертвѣніе опухоли съ вонючими бѣлями, то въ концѣ концовъ, — тѣмъ болѣе, что эти явленія сопровождаются схваткообразными болями, — получается полная картина далеко зашедшаго раковаго или саркоматознаго процесса, діагнозъ котораго, если судить по наружному виду больной и по ея анамнезу, представляется гораздо болѣе правдоподобнымъ, чѣмъ діагнозъ фибромы. Только тщательное изслѣдованіе, — въ случаѣ нужды микроскопическое, — можетъ выяснитъ ошибку, благодаря чему больная можетъ быть спасена отъ гибели.

Если страдающая кровотечениями больная съ фиброміомой матки достигнетъ климактерическаго возраста, то кровотеченія у ней обыкновенно прекращаются, — обстоятельство, свидѣтельствующее, что кровотечения при фиброміомахъ представляютъ собою въ сущности патологическія мѣсячныя, т. е. зависятъ отъ дѣйствія овуляціи. Обычно, однако, это именно при фиброміомахъ столь желанное прекращеніе функцій половыхъ органовъ обыкновенно запаздываетъ. Это свидѣлствуетъ, что разбираемая опухоль оказываетъ вліяніе на овуляторную функцію полового аппарата. Съ такою же вѣроятностію, съ какой можно у здоровыхъ женщинъ ожидать наступленія климактерія во второй половинѣ пятаго десятка лѣтъ, у больныхъ міомами его можно ожидать только въ первой половинѣ шестидесятихъ годовъ, а нерѣдко онъ наступаетъ и позднѣе. У больныхъ, потерявшихъ уже много крови, а между тѣмъ имѣющихъ не болѣе 30—40 лѣтъ, этотъ фактъ имѣетъ большое значеніе, чтобы ориентироваться въ положеніи вещей, установить вѣрный прогнозъ и назначить безошибочную терапію. Пока кровотечения при міомахъ сохраняютъ характеръ меноррагій, бываютъ неслишкомъ сильны и неслишкомъ продолжительны, — значеніе ихъ не такъ велико. Но если они настолько сильны, что обуславливаютъ стойкую анемію, и повлекутъ въ климактерическомъ возрастѣ послѣ болѣе или менѣе продолжительной менопаузы, то служатъ безусловнымъ показаніемъ къ оперативному удаленію міомъ.

Боли, наблюдающіяся при міомахъ, по всей вѣроятности, весьма рѣдко обуславливаются самою опухолью, обычно же являются послѣдствіемъ осложненій. Мы уже неоднократно указывали выше на боли, вызываемыя сократительностію матки, которыя наблюдаются при рожденіи полипозныхъ міомъ и могутъ продолжаться цѣлые мѣсяцы, то усиливаясь, то ослабѣвая. Другая причина болей при данныхъ опухоляхъ, — это перекручиваніе ножки опухоли, бывающее при подсерозныхъ міомахъ, сидящихъ на длинной ножкѣ. Конечно, здѣсь это происходитъ гораздо рѣже, чѣмъ при яичниковыхъ кистамахъ, гдѣ ножка бываетъ выражена гораздо рѣзче. Если міомы раз-

виваются въ маломъ тазу, — будетъ-ли это вслѣдствіе того, что онѣ исходятъ изъ шейки, или оттого, что онѣ развиваются въ ретрофлексированной маткѣ, — онѣ не только вызываютъ сильныя боли, путемъ непосредственнаго давленія на проходящіе здѣсь толстые нервные стволы, но, ущемляясь въ тазу, могутъ дать и весь тотъ симптомокомплексъ, какой наблюдается, напр., при ущемленіи ретрофлексированной беременной матки (*retroflexio uteri gravidi incarcerata*), т. е. симптомокомплексъ, въ которомъ на первомъ планѣ стоитъ *ischuria paradoxa*, сопровождающаяся весьма тяжелыми болевыми припадками.

Свободно растущіе въ брюшную полость подсерозные и интерстиціальныя, неосложненные фиброиды могутъ, напротивъ, совершенно не вызывать никакихъ припадковъ, такъ что больныя узнаютъ объ нихъ лишь тогда, когда они достигнутъ извѣстной величины. Очень часто возникновеніе подобныхъ опухолей относится больными къ самому послѣднему времени, хотя величина позволяетъ предположить, что онѣ существуютъ уже нѣсколько лѣтъ, — фактъ, наглядно показывающій, насколько хорошо могутъ чувствовать себя больныя съ міомами, не вызывающими никакихъ припадковъ.

Припадки, зависящіе отъ сдавливанія, при фибромахъ, вколоченныхъ въ маломъ тазу, выступаютъ уже тогда, когда величина опухоли достигаетъ величины головки новорожденнаго, между тѣмъ какъ фиброміомы, растущія свободно въ брюшную полость, могутъ достигнуть величины восьмимѣсячной беременной матки, не вызывая существеннаго суженія этой полости. При дальнѣйшемъ, однако, ихъ ростѣ, особенно же при быстромъ ростѣ кистоміомъ, проявляются, — подобно тому какъ это бываетъ при большихъ кистахъ и другихъ объемистыхъ абдоминальныхъ опухоляхъ, — расстройства со стороны желудка и кишекъ, а также затрудненія функций грудныхъ органовъ, т. е. затрудненія дыханія и кровообращенія, отеки нижнихъ конечностей и образованіе на нихъ варикозныхъ расширеній венъ. Въ подобныхъ случаяхъ менструальное набуханіе міомъ вызываетъ обыкновенно ясно выраженное ухудшеніе картины болѣзни.

Типическимъ припадкомъ при міомахъ, расположенныхъ подли или внутрибрюшинно въ нижней части передней маточной стѣнки, является затрудненіе функций пузыря, *dysuria*, *stranguria*, *ischuria* и даже *incontinentia*<sup>1)</sup>. Въ большинствѣ случаевъ сопутствующія явленія со стороны пузыря зависятъ отъ заболѣваній послѣдняго, особенно отъ цистита. Въ этихъ случаяхъ нужно также опасаться, особенно при міомахъ, развивающихся интралигаментарно, осложненій со стороны мочеточниковъ — скатія ихъ и сильнаго расширенія съ послѣдующимъ гидро- или пиеонефрозомъ, — осложненій, которыя крайне затрудняютъ оперативное леченіе данныхъ фиброміомъ.

При небольшихъ твердыхъ и очень подвижныхъ подсерозныхъ опухоляхъ, сидящихъ на ножкѣ, больныя при перемѣнѣ положенія ясно ощущаютъ перемѣщеніе опухоли.

1) Припадки со стороны мочеиспусканія, по Winter'у, наблюдаются у трети всѣхъ больныхъ съ міомами матки. В. Г.

Разстройства въ функціяхъ матки, вызываемыя міомами, могутъ выступатьъ на первый планъ или же совершенно отсутствовать, въ зависимости отъ того или другого положенія опухоли. Кромѣ рѣзкаго вліянія на силу, продолжительность и частоту мѣсячныхъ, при фиброміомахъ можетъ также имѣть мѣсто и дисменоррея. Это будетъ для насъ вполне понятно, если мы, разрѣзывая матки, содержащія въ своихъ стѣнкахъ многочисленныя міоматозныя узлы, обратимъ вниманіе на странное нерѣдко положеніе, удлинненіе и суженіе во многихъ мѣстахъ маточной полости. Невозможность равномѣрнаго менструальнаго пропитыванія матки, особенно же затрудненія въ удаленіи изъ матки крови, зависящія отъ суженія ея просвѣта и образованія кармановъ, — даютъ хорошее объясненіе дисменорройнымъ болямъ. Этимъ же объясняется и столь часто наблюдаемое при міомахъ безплодіе, зависящее отъ механическихъ причинъ. Среди больныхъ міомами число безплодныхъ достигаетъ 25%—30%, между тѣмъ какъ вообще у гинекологическихъ больныхъ безплодіе наблюдается въ 8%—15%. Подобно другимъ симптомамъ, безплодіе при фиброміомахъ обуславливается не самою опухолью, какъ таковой, но зависитъ отъ случайныхъ особенностей, наблюдаемыхъ при ея развитіи. Къ числу такихъ особенностей принадлежатъ и привычныя выкидыши, которые при міомахъ являются нерѣдкою причиною безплодія больныхъ. Во то время какъ вообще у замужнихъ женщинъ число срочныхъ родовъ равняется 4,5, у больныхъ міомами оно равно лишь 2,7—3,4. Въ иныхъ случаяхъ, впрочемъ, ни зачатіе, ни плодородіе у больныхъ міомами нисколько не уклоняются отъ нормы, такъ что и беременность, и роды, и послѣродовой періодъ протекаютъ вполне правильно.

Многообразіе анатомическихъ отношеній міомъ легко объясняетъ, почему способность дѣторожденія можетъ встрѣтись при нихъ большія препятствія въ каждомъ своемъ фазисѣ. Цервикальныя или параметральныя, внутрисвязочно лежащія опухоли могутъ сдѣлать роды даже совершенно невозможными и повести къ необходимости абдоминальнаго или вагинальнаго кесарскаго сѣченія съ послѣдующимъ удаленіемъ опухоли или всей матки.

Итакъ, съ одной стороны, полное безплодіе въ зависимости отъ невозможности зачатія, безплодіе вслѣдствіе привычныхъ выкидышей, полная невозможность родовъ *per vias naturales*, некрозъ и нагноеніе опухоли въ послѣродовомъ періодѣ, съ другой стороны, полная возможность зачатія, плодородіе больныхъ, нормальное теченіе у нихъ акта родовъ и послѣродового періода, — таково соотношеніе между міомами и воспроизводительною способностью женщины. Эта огромная разница чрезвычайно наглядно характеризуетъ разбираемыя опухоли, которыя, при однородномъ строеніи, могутъ, въ зависимости отъ своего мѣстоположенія и свойствъ, проявлять, однако, крайне разнообразное дѣйствіе.

Основываясь на этомъ и имѣя въ виду то, что нами ранѣе сказано о міомахъ, можно придти къ заключенію, что определенной схемы теченія и прогноза міомъ дать нельзя. И то, и другое зависитъ болѣе отъ явленій, вызываемыхъ міомами въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, чѣмъ отъ самой опухоли, какъ таковой. Лучшую точку опоры для прогностики даетъ мѣстоположеніе опухоли,

такъ какъ отъ него, главнымъ образомъ, и зависятъ симптомы болѣзни. Кроме того, рѣшающее значеніе здѣсь имѣетъ возрастъ больной. Больныхъ, у которыхъ вскорѣ долженъ наступить климактерій, мы даже въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ можемъ лечить симптоматически, имѣя полное основаніе предполагать, что съ наступленіемъ климактерія прекратится кровотеченія и ростъ міомы, каковыя симптомы наиболѣе и опредѣляютъ картину болѣзни. Вообще можно установить тотъ принципъ, что къ фиброидамъ нужно относиться тѣмъ серьезнѣе, чѣмъ больная моложе. Весьма доказательной въ этомъ отношеніи является приводимая ниже кривая частоты міомъ въ различныхъ возрастахъ, составленная на основаніи моего матеріала, обнимающаго 400 случаевъ оперативнаго леченія міомъ. Кривая эта показываетъ, что кульминаціонной точкой частоты требующихъ операціи фиброміомъ является вторая половина сороковыхъ годовъ.

Возрастъ въ годахъ:  
16—20 л. 21—25 л. 26—30 л. 31—35 л. 36—40 л. 41—45 л. 46—50 л. 51—55 л. 56—60 л. 61—63 л.

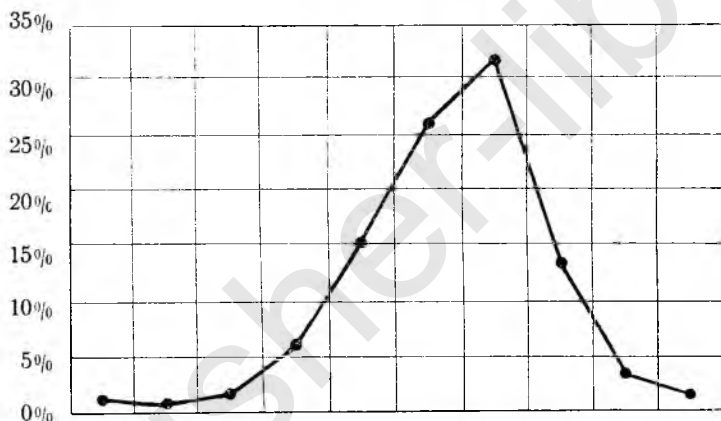


Рис. 189. Графическое изображеніе частоты маточныхъ міомъ въ различныхъ возрастахъ у 400 женщинъ, оперированныхъ авторомъ въ Тюбингенской гинекологической клиникѣ.

Такъ какъ я прибѣгаю къ оперативному леченію міомъ только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ онѣ ведутъ къ значительнымъ разстройствомъ, то изъ этой кривой видно, что до 50 лѣтъ опасность даннаго заболѣванія все увеличивается. Послѣ этого возраста кривая круто падаетъ. Послѣ 55-ти лѣтъ оперативное леченіе міомъ показуется только въ исключительныхъ случаяхъ. Все-таки изъ числа 200 оперированныхъ мною женщинъ 73 должны были подвергнуться операціи, несмотря на то, что имъ было за 50 лѣтъ. Этотъ фактъ заслуживаетъ вниманія особенно въ виду того, что онъ не согласуется съ общепринятымъ мнѣніемъ объ относительной невинности фиброидовъ въ климактерическомъ возрастѣ<sup>1)</sup>.

1) Еще болѣе говорятъ противъ этого мнѣнія результаты изслѣдованія Kottman p'a. Прослѣдивъ вліяніе климактерія на ростъ фиброміомъ матки у 416 больныхъ, авторъ этого нашель, что почти въ  $\frac{1}{4}$  всѣхъ случаевъ климактерій не оказываетъ никакого задерживающаго вліянія на ростъ фиброміомъ, а во мно-

Представляютъ интересъ тѣ показанія, на основаніи которыхъ была предпринята операція у больныхъ свыше 55-ти лѣтъ, такъ какъ показанія эти бросають свѣтъ на симптоматиологию міомъ въ болѣе пожиломъ возрастѣ.

У одной больной 63 лѣтъ заставили прибѣгнуть къ удаленію міомы сильныя разстройства со стороны желудка и кишекъ, обусловленныя широкими срощеніями этихъ органовъ съ объемистою опухолью.

Двѣ 62-лѣтнія старуки были оперированы — одна влѣдствіе кистовиднаго перерожденія очень большой міомы, другая вслѣдствіе задержанія мочи и цистита.

Больныхъ 61 года у меня было 3. Въ одномъ случаѣ имѣло мѣсто саркоматозное нерожденіе міомы черезъ 17 лѣтъ послѣ произведенной у больной кастраціи, въ 2 другихъ міомы были осложнены ракомъ тѣла, вызвавшимъ возобновленіе кровотеченій.

60 лѣтнихъ больныхъ было 2: одна страдала ишуріей, у другой міома была осложнена двухсторонней кисто-карциномой яичниковъ.

Среди трехъ 59-лѣтнихъ больныхъ у одной, несмотря на преклонный возрастъ, продолжались сильныя кровотечения. У другой, кромѣ фиброидовъ въ дѣтской, былъ саркоматозный полипъ, у третьей операція была предпринята по поводу осложнившейся міомы кистомы.

Одна 57-лѣтняя больная страдала сильными болями. При операціи у ней была найдена межуточная міома, мѣстами жирно перерожденная, мѣстами же пропитанная известью.

Въ возрастѣ 56 лѣтъ было 7 больныхъ: 2 страдали кровотечениями, 2 — ишуріей, у 1 имѣло мѣсто саркоматозное перерожденіе опухоли, у 1 — гангрена, и 1 страдала болями.

Далѣе слѣдуетъ шесть 55-лѣтнихъ больныхъ. Двѣ изъ нихъ страдали чрезмѣрными кровотечениями, у двухъ наблюдались сильныя разстройства мочеиспусканія (*dysuria et incontinentia*), у одной былъ полный проляпсъ и, кромѣ міомы, дермоидъ яичника, у одной, наконецъ, имѣлся подслизистый фиброидъ, почти въ дѣтскую голову величиною, большая часть котораго родилась во влагалище.

Итакъ, съ одной стороны, кромѣ тяжести симптомовъ на теченіе и предсказаніе при міомахъ имѣетъ большое вліяніе близость климактерія, благодаря чему эти опухоли занимаютъ совершенно особое мѣсто среди всѣхъ новообразованій половой сферы, особенно отличаясь отъ такихъ, какъ кистомы и тѣмъ болѣе — карциномы. Но, съ другой стороны, въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ нужно принимать во вниманіе то обстоятельство, что какъ разъ при міомахъ наступленіе климактерія обычно запаздываетъ. Поэтому, напр., у больныхъ, имѣющихъ около 30 лѣтъ, разъ міомы вызываютъ кровотечения, боли и симптомы давленія, — надежда на благопріятное вліяніе климактерія является весьма гадательною, и нечего разсчитывать на то, что приблизительно черезъ двадцать лѣтъ къ этимъ больнымъ опять вернется прежнее здоровье.

При распознаваніи міомъ мы по большей части не встрѣчаемъ затрудненій. Если опухоль достигла уже такихъ размѣровъ, что, находясь внутри брюшной полости, можетъ быть прощупана снаружи черезъ брюшныя покровы въ видѣ твердаго тѣла, связь котораго съ малкой опредѣляется путемъ комбинированной пальпаціи, то діагнозъ ясенъ и безъ дальнѣйшихъ изслѣдованій. Равнымъ образомъ и при міомахъ меньшаго объема, лежащихъ еще въ тазу, консистенція и бугристость неправильно увеличенной матки даютъ возможность получить при пальпаціи столь характерную кар-

пигихъ случаяхъ наблюдается даже обратное явленіе, — съ наступленіемъ климактерія опухоли эти начинаютъ усиленно расти, хотя анатомически онѣ и продолжаютъ сохранять свой прежній доброкачественный характеръ. В. Г.

тину, что даже и мало опытный врач не встрѣтитъ затрудненій при истолкованіи этой картины.

Небольшіе подслизистые или интерстиціальныя фиброиды, величиною, напр., съ вишню, могутъ остаться совершенно незамѣченными при ощупываніи, особенно, если обусловливаемое ими равномерное увеличеніе матки не выходитъ за предѣлы индивидуальных колебаній ея величины. Въ этихъ случаяхъ важныя указанія получаются нерѣдко тогда, когда мы подвергнемъ критическому разбору анамнезъ или теченіе болѣзни за протекшіи промежутки времени. Такъ, напр., я помню одинъ случай, когда у женщины, имѣвшей приблизительно 40 лѣтъ отъ роду, вслѣдствіе обильныхъ меноррагій дѣлалась нѣсколько разъ выскабливаніе матки, причѣмъ, однако, операція эта не давала никакого даже временнаго эффекта. Ощупываніе маточной полости послѣ предварительнаго ея расширенія ламинаріями позволило мнѣ распознать наличность подслизистой міомы величиною въ орѣхъ. Послѣ энуклеаціи этой опухоли, выполненной безъ всякихъ затрудненій, больная надолго освободилась отъ кровотеченій. Вообще бесполезность лекарственной, мѣстной, а также оперативной внутриматочной терапіи, направленной противъ кровотеченій изъ матки, должна, при отсутствіи другихъ уловимыхъ причинъ, заставлятъ насъ заподозрить существованіе маточной міомы, которую трудно опредѣлить обычными методами изслѣдованія; поэтому въ подобныхъ случаяхъ слѣдуетъ прибѣгать къ изслѣдованію пальцемъ полости и стѣнокъ матки.

Интерстиціальныя міомы маточнаго тѣла могутъ, какъ и аденіомы, вызвать столь равномерное увеличеніе матки, что, если не будетъ ясно выражена твердость органа, — а это далеко не всегда бываетъ, — то дифференціальный діагнозъ между беременностью и міомой становится весьма труднымъ, иногда прямо-таки невозможнымъ. Я видѣлъ случаи, гдѣ точное распознаваніе характера болѣзни могло быть сдѣлано только путемъ долгаго наблюденія и выжиданія. Въ этихъ случаяхъ врачу нужно вообще быть крайне осторожнымъ; дѣло въ томъ, что, если мы ошибочно поставимъ діагнозъ беременности, то для незамужнихъ женщинъ это можетъ повлечь за собою весьма непріятныя послѣдствія; съ другой стороны, если беременность принять за міому, то эта ошибка можетъ повлечь за собою чревосѣченіе и вскрытіе беременной матки. Въ виду этого въ сомнительныхъ случаяхъ нужно не исключать возможности беременности и выжидать съ оперативнымъ вмѣшательствомъ до тѣхъ поръ, пока время не выяснитъ діагноза. Такъ какъ въ этихъ случаяхъ обыкновенно не бываетъ непремѣннаго показанія къ немедленному оперативному вмѣшательству, до откладыванія его не можетъ имѣть существеннаго значенія. Вообще, въ настоящее время чревосѣченія въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ беременность по ошибкѣ была принята за міому, не должны-бы уже имѣть мѣста.

Точно также иногда бываетъ весьма трудно, даже невозможно отличить фиброміомы матки отъ опухолей другихъ органовъ. Подобныя ошибки всегда будутъ встрѣчаться, будучи обнаруживаемы лишь на операціонномъ столѣ, послѣ вскрытія брюшной полости. Онѣ тѣмъ простибельнѣе, что не влекутъ за собою собственно никакихъ дурныхъ послѣдствій для больныхъ.



Иногда бывает невозможно отличить кистовидную міому отъ яичниковой кистомы. Лучшій способъ избѣжать этой ошибки, которая, впрочемъ, не имѣетъ большого практическаго значенія, состоитъ въ томъ, что въ каждомъ случаѣ, гдѣ въ полости живота имѣется кистовидная опухоль, стараются отдѣльно прощупать матку, что производятъ или подъ наркозомъ, или же при помощи слѣдующаго весьма употребительнаго способа: захвативъ матку пулевыми щипцами за влагалищную часть, передвигаютъ ее, особенно же — глубоко оттягиваютъ книзу и одновременно съ этимъ стараются прощупать маточное тѣло и ножку опухоли при помощи комбинированнаго изслѣдованія. Впрочемъ и при этомъ подсерозныя фиброиды, сидящія на ножкѣ, иногда могутъ не обнаружить своей связи съ маткой, почему ихъ нельзя бываетъ отличить отъ твердыхъ яичниковыхъ опухолей<sup>1)</sup>.

Интралигаментарныя, неподвижно сидящія въ тазу міомы симулируютъ иногда при изслѣдованіи тазовой экссудатъ. Для отличія ихъ слѣдуетъ помнить, что послѣдній обыкновенно диффузно выполняетъ всю тазовую клѣтчатку вплоть до самыхъ костей. Кромѣ того, важныя указанія здѣсь даетъ теченіе болѣзни.

Равнымъ образомъ фиброиды не разъ были смѣшиваемы съ заматочными опухолями, — старыми, оплотнѣвшими haematocele, воспалительными экссудатами въ заднемъ Douglas'овомъ карманѣ, піосальпинксами и яичниковыми гнойниками, окруженными плотными воспалительными продуктами.

Хотя результаты изслѣдованія и такіе діагностическіе приемы, какъ низведеніе матки при помощи щипцовъ *Muzeux*, болѣе или менѣе явственная подвижность *portionis vaginalis* при передвиганіи опухоли, консистенція послѣдней, данныя внутриматочнаго изслѣдованія и изслѣдованія *per rectum*, критическая оцѣнка анамнеза и теченія болѣзни — и даютъ въ подобныхъ случаяхъ точки опоры для діагноза, однако все-таки возможны случаи, особенно при осложненіяхъ и вторичныхъ измѣненіяхъ міомъ, когда точная постановка діагноза остается весьма и весьма трудной. Вообще избѣгнуть всѣхъ ошибокъ здѣсь невозможно. Въ сомнительныхъ случаяхъ лучше всего выдержать больную подъ наблюденіемъ.

Леченіе міомъ. — Міомы не требуютъ лечебнаго вмѣшательства до тѣхъ поръ, пока не будутъ причинять тяжелыхъ припадковъ, каковы: кровотеченіе, давленіе, страданія пузыря и другія осложненія, особенно со стороны сердца. *Olshausen* идетъ еще дальше: онъ совѣтуетъ въ случаяхъ, не грозящихъ опасностью, не говорить больнымъ о существованіи опухоли, чтобы не лишать ихъ душевнаго спокойствія; если женщина узнаетъ о существованіи опухоли матки, то ее пугаетъ каждое, даже самое ничтожное явленіе

1) Для установки дифференціального діагноза между фиброміомами матки и заболѣваніями маточныхъ придатковъ весьма хорошія услуги можетъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ оказать также измѣреніе длины полости матки при помощи зонда. Дѣло въ томъ, что всѣ фиброміомы, не исключая и подсерозныхъ, ведутъ обыкновенно къ болѣе или менѣе значительному удлинненію полости матки. Особенно легко при помощи этого признака отличить фиброміомы отъ яичниковыхъ опухолей, сидящихъ на ножкѣ, при которыхъ полость матки оказывается обыкновенно или вовсе увеличенною, или увеличенною лишь очень незначительно. В. Г.

въ ея брюшной полости; мысль о томъ, что, можетъ быть, ей придется подвергнуться операци, въ состояніи изнурить больше, чѣмъ едѣла-бы сама миома. Итакъ, лучше всего фиброиды, не дающіе о себѣ ничѣмъ знать, оставлять совершенно безъ леченія.

Симптоматическая терапія, при разнообразіи наблюдаемыхъ при фиброміомахъ припадковъ, можетъ имѣть самыя различныя задачи. Главная изъ нихъ состоитъ въ борьбѣ съ меноррагіями, которыхъ нужно опасаться въ виду ихъ частоты, силы и вреда для всего организма. Такъ какъ кровоточенія эти обуславливаются при фиброміомахъ рѣзко выраженными анатомическими измѣненіями матки, то результаты симптоматическаго леченія ихъ будутъ всегда невелики и непостоянны. Тѣмъ не менѣе намъ всегда придется прибѣгать къ этому леченію, удовлетворяясь скромными его результатами, такъ какъ этимъ путемъ мы можемъ надѣяться отнрратить отъ больной опасность до наступленія климактерическаго періода.

Излюбленными внутренними haemostatica являются при фиброміомахъ спорынья и ея препараты.

Главный эффектъ спорыньи зависитъ отъ способности этого средства вызывать сокращенія гладкихъ мышцъ, особенно мышцъ, заложенныхъ въ стѣнкахъ кровеносныхъ сосудовъ и въ маткѣ. Дѣйствующія составныя части спорыньи и ея экстракта — эрготина суть: эрготиновая кислота, сфацилиновая кислота и самая главная — корнунтинъ. Въ послѣднее время особенное значеніе приписываютъ присутствію въ препаратахъ спорыньи двухъ послѣднихъ составныхъ частей; что касается препаратовъ, содержащихъ только эрготинъ и склеротиновую кислоту (extractum secalis cornuti Pharm. germ. и эрготинъ Вopjeaп'a), то они считаются менѣе дѣйствительными.

Заслуживающимъ рекомендаціи, и притомъ какъ для примѣненія per os, такъ и для подкожныхъ инъекцій, является extractum secalis cornuti Bombeloni и Denzeli (tinctura haemostyptica Denzeli). При назначеніи препаратовъ спорыньи нужно обращать вниманіе на то, чтобы препараты эти не были стары, — чтобы имъ ни въ какомъ случаѣ не было больше года. Вскорѣ послѣ сбора маточныхъ рожковъ, т. е. съ августа до октября, весьма удобно назначать больнымъ спорынью въ видѣ порошка (pulvis secalis cornuti) по 0,5—1,0 на приемъ, нѣсколько разъ въ день.

Изъ болѣе новыхъ средствъ можно рекомендовать hydrastis canadensis съ его дериватомъ — гидрастинномъ и стиптициномъ<sup>1)</sup>. Вотъ наиболѣе употребительныя формулы рецептовъ: extractum hydrastis canadensis americanum, по 15—20 капель каждыя 2 часа; stypticinum in trochiscis compressis по 5—6 таблетокъ, съ 0,05 стиптицина каждая, pro die; Rp.: stypticini 0,05, sacchari albi 0,5. M. f. p., D. t. d. № XV. S. Принимать 4—5 разъ въ день по 1 порошку; Rp.: stypticini 1,5, pulvis et succi liquiritiae q. s. ut f. pill. № XXX. S. Принимать 4—5 разъ въ день по 1 пилюлѣ (Heffter, Monatsschr. f. Geb. u. Gynaek. t. 1, стр. 131).

Все эти средства должны быть принимаемы при фиброміомахъ продолжительное время, собственно говоря, все то время, пока длятся

1) Среди внутреннихъ лекарствъ, употребляемыхъ при фиброміомахъ матки, видное мѣсто въ новѣйшее время заняли органотерапевтическіе препараты, особенно тиреоидинъ и мамминъ. По наблюденіямъ Mosely, Jouin'a, Kleinwächtera и др. авторовъ, тиреоидинъ, принимаемый въ количествѣ 0,5—1,0 ежедневно, даетъ весьма благоприятный эффектъ въ смыслѣ прекращенія или ослабленія кровоточеній и улучшенія общаго состоянія больныхъ; описаны, далѣе, случаи, гдѣ его употребленіе вело къ уменьшенію самихъ опухолей и даже къ полному ихъ исчезновенію. Невыгодную сторону примѣненія тиреоидина представляетъ вредное вліяніе его на сердце, которое у больныхъ съ міомами матки и безъ того нерѣдко бываетъ нездоровымъ. Мамминъ или вытяжка грудной железы чуждъ этого недостатка. В. Г.

кровотеченія. При этомъ лучше, если больныя будутъ начинать принимать лекарство каждыи разъ за нѣсколько дней до наступленія мѣсячныхъ. Лечение эрготиномъ въ видѣ подкожныхъ впрыскиваній у нѣкоторыхъ больныхъ было примѣняемо въ теченіе цѣлыхъ лѣтъ, причемъ больныя получали болѣе 1000 инъекцій.

Такъ какъ эрготинъ можетъ дѣйствовать на міомы лишь черезъ посредство маточныхъ сокращеній, то необходимымъ условіемъ успѣшности его примѣненія является внутриматочное положеніе міомы. Субсерозныя опухоли всего менѣе поддаются его дѣйствію; мало подходят или даже вовсе не подходят для леченія эрготиномъ и субмукозныя міомы, а болѣе всего — межучочныя, со всѣхъ сторонъ окруженныя мощной маточной мускулатурой.

Кромѣ внутреннихъ кровоостанавливающихъ средствъ, при фиброміомахъ можно примѣнять, съ цѣлью остановки кровотеченій, и мѣстныя средства въ видѣ горячихъ влагалитчныхъ душей ( $40^{\circ} R = 50^{\circ} C$ ) или тампонаціи влагалитца тампонами изъ салициловой ваты или іодоформенной марли.

Мѣстное леченіе самой слизистой оболочки матки такими средствами, какъ прижиганія, впрыскиванія въ матку 10% раствора хлористаго цинка, чистаго полуторохлористаго желѣза, іодной тинктуры и т. п., а также путемъ выскабливанія слизистой оболочки, дающаго столь блестящіе результаты при *endometritis fungosa*, при всѣхъ субмукозныхъ міомахъ является безуспѣшнымъ и противопоказаннымъ. При менѣе объемистыхъ интерстиціальнхъ, а равно и при субсерозныхъ опухоляхъ внутриматочное мѣстное леченіе можетъ быть испробовано безъ большого вреда, ибо здѣсь внутриматочныя манипуляціи едва-ли могутъ травматизировать опухоль такимъ образомъ, какъ это возможно при субмукозныхъ міомахъ, сидящихъ вблизи слизистой оболочки.

Отъ примѣненія вапоризаціи по Снегиреву при міомахъ, на основаніи данныхъ своего опыта, я долженъ настоятельно предостеречь. Въ одномъ случаѣ вскорѣ послѣ вапоризаціи я наблюдалъ весьма высокую лихорадку. Больная была спасена лишь полной экстирпаціей матки, причемъ міома оказалась начавшей гнилостно распадаться.

Безспорно прекрасное дѣйствіе при фиброміомахъ оказываетъ систематическое примѣненіе ваннъ, содержащихъ іодъ и бромъ (Kreuznach, Tölz и Hall въ Австріи), а также грязевыхъ ваннъ, содержащихъ желѣзо (Franzensbad, Elster, Aibling и др.). Однако, нужно быть слишкомъ оптимистомъ, чтобы полагать, что здѣсь происходитъ специфическое вліяніе на самую міому: суть дѣйствія ваннъ заключается въ укрѣпленіи всего организма, въ улучшеніи состава крови, въ увеличеніи аппетита и т. п. Мы не должны забывать, что при міомахъ даже самое незначительное улучшеніе состоянія больныхъ цѣнно, такъ какъ помогаетъ выиграть время, поддерживать больныхъ до наступленія климактерія.

Изъ способовъ мѣстнаго леченія фиброміомъ слѣдуетъ предостеречь отъ рекомендованнаго Nélaton'омъ разрѣза шейки, resp. капсулы міомы, — способа, едва-ли заслуживающаго въ настоящее время примѣненія.

На задній планъ отошелъ теперь и электролизъ по способу

*Apostoli*, вызвавший в свое время столько энтузиазма, но при дальнейшем применении давший больше разочарований, чем успеха. Я сам раньше многократно и в некоторых случаях подолгу применял этот способ у больных миомами, но без особых результатов.

Метод *Apostoli* состоит в том, что один из электродов, именно анод, в вид металлического маточного зонда или специально устроенного угольного электрода, вводят в полость матки, катод же, в вид широкого, покрывающего весь живот влажного компресса из полотна, лепешки из глины или набитой мхом подушки, прикладывают снаружи, послѣ чего пускают постоянный ток, постепенно доводя его силу, при помощи реостата, до 200—250 миллиамперов. Каждый сеанс электризации продолжается, в виду ее болезненности, не болѣе 3—5 минут и повторяется два раза в недѣлю в течение желаемого периода времени.

Дѣйствие этого способа состоит в том, что, при указанной силѣ тока, послѣдній превращает внутреннюю поверхность матки в струпу, т. е. разрушает слизистую оболочку; одновременно съ этимъ наступаетъ электролитическій распадъ опухолю, ведущій къ ея уменьшенію и рассасыванію.

Благодаря технической сложности, продолжительности и болезненности способа *Apostoli*, онъ находитъ себѣ все меньше и меньше приверженцевъ. Еще описанная выше модификація его по крайней мѣрѣ безопасна для больныхъ. Далѣе нельзя того же сказать о другомъ, также въ свое время рекомендованномъ, видоизмѣненіи этого способа, именно объ электропунктурѣ, при которой катодъ, в формѣ длинной острой иглы, вкалывается въ опухоль *per vaginam*, анодъ же помѣщается на животъ или въ области крестца: этимъ путемъ въ опухоли могутъ быть выжжены дурного вида, гноящиеся фистулезные ходы.

Я видѣлъ, какъ одна больная, которую лечили подобнымъ образомъ, умерла отъ общаго гнилочковія вслѣдствіе гангрены опухоли.

Въ послѣднее время для леченія фиброміомъ предложена рентгенизация, о благопріятномъ дѣйствіи которой имѣется уже цѣлый рядъ сообщений — *Deutsch'a*, *Pränkel'a*, *Foveau de Courmelles'a*, *Albers'a-Schönberg'a*, *Krönig'a* и др. Эффектъ этого достигается путемъ влиянія на яичники, которые отъ рентгенизации атрофируются, такъ что наступаетъ климактерій, ведущій за собою остановку кровотеченій. Въ будущемъ для этого леченія будутъ избираться такіе случаи, въ которыхъ оперативное леченіе миомъ почему-либо невозможно, а среди przypadковъ на первомъ планѣ стоятъ кровотечения. Техника леченія *Röntgen'*овскими лучами требуетъ специальныхъ познаній отъ врача, чтобы избѣгнуть нежелательныхъ послѣдствій рентгенизации, а именно, опасныхъ ожоговъ.

Оперативное удаленіе миомъ, вслѣдствіе опять-таки крайняго разнообразія этихъ опухолей, производится различными способами.

Прежде всего намъ приходится выбирать между двумя путями оперативнаго вѣдѣтельства: мы можемъ подойти къ миомѣ и удалить ее или снизу, или сверху, т. е. при *per vaginam*, или *per laparotomiam*. Раньше предпочтеніемъ пользовался второй путь, но за послѣднее время здѣсь, какъ и въ другихъ областяхъ оперативной гинекологіи, перевѣсъ началъ склоняться на сторону вагинальныхъ оперативныхъ методовъ, и кругъ показаній для рукавного удаленія

міомъ сталъ все болѣе и болѣе расширяться. Встрѣчающіяся здѣсь трудности, которыя прежде при большихъ опухоляхъ казались непреодолимыми, стали, благодаря усовершенствованіямъ оперативной техники, постепенно преодолеваться, такъ что оперативное лечение міомъ черезъ рукавъ можетъ служить блестящимъ примѣромъ того громаднаго прогресса, какой сдѣлали за послѣдніе пятнадцать лѣтъ вагинальные методы и вмѣстѣ вся оперативная гинекологія.

Развитіе рукавныхъ методовъ удаленія міомъ не зависѣло отъ какого-нибудь одного рѣшающаго изобрѣтенія; все то, что дѣлаетъ въ настоящее время вагинальное оперативное вмѣшательство при міомахъ успешнымъ, зависитъ отъ счастливаго сочетанія цѣлаго ряда техническихъ приѣмовъ, которыми мы обязаны различнымъ операторамъ.

Наибольшія заслуги въ этомъ отношеніи принадлежатъ Réan'у и его ученикамъ. Они научили насъ изсѣкать міомы по частямъ (morcellement) и замѣнять лигатуры клеммами. Дальнѣйшимъ крупнымъ шагомъ впередъ въ этой области я считаю полное или частичное разсѣченіе матки по Peter Müller'у.

Независимо отъ техническихъ приѣмовъ, которыхъ мы здѣсь не станемъ разбирать подробно, въ послѣднее время были выдвинуты на первый планъ и рѣшены еще и другіе принципиально важные вопросы относительно леченія міомъ, которые раньше совершенно игнорировались или казались второстепенными. Такъ, напр., было весьма тщательно изучено послѣдующее состояніе больныхъ послѣ міомотомій, причемъ оказалось, что здѣсь, какъ и при другихъ операціяхъ на женскихъ половыхъ органахъ, потеря яичниковъ ведетъ за собою весьма неприятыя послѣдствія для больныхъ, особенно для тѣхъ изъ нихъ, которыя не такъ близки къ климактерію. Оказалось, что при удаленіи вмѣстѣ съ маткой яичниковъ излеченіе страданій, вызванныхъ міомами, покупается дорогою цѣною припадковъ, вызываемыхъ отсутствіемъ функцій яичниковъ. Оперированныя днемъ и ночью страдаютъ отъ головокруженій, волненій и чувства жара и страха, причемъ все это на долгое время омрачаетъ ихъ радость вслѣдствіе излеченія отъ міомы. Наученные этимъ опытомъ, мы должны стараться сохранить яичники при міомотоміяхъ у женщинъ, имѣющихъ не болѣе 30 лѣтъ отъ роду. Этому стремленію должна быть подчинена и техника самой операціи. Если только возможно, мы должны стараться у женщинъ указаннаго возраста и болѣе молодыхъ удалять опухоль, сохраняя не только маточные придатки, но и матку, разъ она способна къ выполненію своихъ функцій. При одиночныхъ міомахъ этого можно достигнуть путемъ энуклеаціи опухоли per vaginam, путемъ передней или задней кольпотоміи, или же путемъ лапаротоміи.

Споръ о различныхъ методахъ ухода за маточной культией, прежде стоявшій на первомъ планѣ, и соперничество между суправагинальной ампутаціей міоматозной матки и полной ея экстирпаціей — отступили передъ указанными вопросами на задній планъ. Усовершенствованіе техники позволило и здѣсь достигнуть возможности получать хорошіе результаты при помощи различныхъ методовъ. Экстраперитонеальный уходъ за ножкой теперь или совершенно оставленъ, или удержанъ только для весьма немногихъ, особенныхъ слу-

чаевъ, напр. для большихъ нагноившихся опухолей, радикальное устраненіе которыхъ невозможно. Что касается опусканія культи въ брюшную полость послѣ надвлагалищной ампутаціи матки, то я подобно Zweifelю полагаю, что здѣсь имѣеть рѣшающее значеніе то обстоятельство, на какомъ уровнѣ шейки ампутирована матка. — выше-ли той части, которая лежитъ надъ внутреннимъ маточнымъ звѣзомъ и къ которой подходятъ большіе параметральные сосуды, или ниже этой части, т. е., стало быть, непосредственно надъ наружнымъ маточнымъ звѣзомъ. Въ первомъ случаѣ остается большая, массивная и богато питаемая кровью маточная культи, во второмъ же — бѣдная кровью, маленькая, которая, подобно влагалищнымъ стѣнкамъ при полной экстирпации матки, можетъ быть безъ труда зашита. Zweifel рекомендуетъ оставлять возможно большее количество маточной ткани, т. е., слѣдовательно, онъ производитъ ампутацію возможно выше, для чего пользуется своей частичной лигатурой; я же предпочитаю оставлять какъ можно меньшую культию и всегда перевязывать параметральные сосуды. Будетъ-ли тогда миомазная матка ампутирована надъ наружнымъ маточнымъ звѣзомъ, или же извѣчена цѣликомъ, это не имѣеть существеннаго значенія, такъ что здѣсь нѣтъ большой разницы между полной экстирпацией и ампутаціей.

Послѣ этихъ обобщеній, имѣющихъ принципиальное значеніе указаній опишу вкратцѣ отдѣльные способы операций и ихъ выполненіе.

**Вагинальные методы.** Удаленіе маточныхъ міомъ всего легче выполняется *per vaginam* въ тѣхъ случаяхъ, когда міомы цѣликомъ или отчасти родились во влагалище, когда онѣ являются въ формѣ фиброзныхъ полиповъ или исходятъ изъ влагалищной части и легко достигаются снизу. Благодаря самопроизвольному процессу рожденія опухолей, обыкновенно почва для операции здѣсь бываетъ настолько подготовлена, что часто для отдѣленія міомы достаточно однимъ ударомъ ножницъ перерѣзать вытянувшуюся ножку. Если ножка тонка, то не нужно даже перевязывать ее, — обыкновенно она почти совершенно не кровоточитъ, а если наступитъ кровотеченіе, то его легко остановить при помощи тампонаціи. При болѣе толстой ножкѣ полезно не перерѣзывать ее цѣликомъ, а только сдѣлать вокругъ нея ножомъ или ножницами надрѣзъ и черезъ него вылушить опухоль пальцемъ. При этомъ, хотя-бы анатомическія отношенія и представлялись самыми простыми, — нужно самымъ тщательнымъ образомъ ориентироваться, такъ какъ полипозные фиброиды весьма легко смѣшиваются съ застарѣлыми выворотами матки. Въ подобныхъ случаяхъ операторъ лишь послѣ ампутаціи мнимой опухоли убѣждается, что онъ вскрылъ матку, не предпринявъ никакихъ предосторожностей для остановки кровотеченія. Помимо полныхъ выворотовъ, здѣсь нужно имѣть въ виду и возможность сопутствующихъ полипамъ частичныхъ инверсій, если только мы не желаемъ при операции произвести попутно широкаго продыравленія матки.

Если міома находится еще въ маточной полости, а маточный звѣвъ едва пропускаетъ палецъ, то оператору предстоитъ болѣе трудная задача, и онъ долженъ обдумать, слѣдуетъ-ли ему предпочесть

внутриматочную энуклеацію фиброида, или полную экстирпацію матки *per vaginam*.

Если опухоль, которую нужно удалить, — довольно велика и плохо доступна со стороны шейки для пальца и инструментовъ, то работѣ наощупъ слѣдуетъ предпочесть широкій разрѣзь шейки, а иногда даже и маточнаго тѣла, — той или другой стѣнки въ зависимости отъ мѣстоположенія опухоли. Нужно-ли потомъ опять шить и такимъ образомъ сохранить разрѣзанную матку, — это прежде всего зависитъ отъ значенія, какое въ будущемъ можетъ имѣть матка для пациентки. Перѣдко полное удаленіе матки является болѣе благоприятнымъ въ техническомъ и прогностическомъ отношеніяхъ, особенно если опухоль подверглась гнилостному распаденію.

Энуклеацію фиброидовъ въ означенной мѣрѣ облегчаетъ то обстоятельство, что они послѣ вскрытія капсулы обыкновенно легко отдѣляются, если мы будемъ сильно вытягивать ихъ щипцами или штопоробразнымъ инструментомъ. Основное правило здѣсь состоитъ въ томъ, чтобы работать всегда внутри капсулы опухоли. Благодаря этому, мы не только облегчаемъ себѣ операцію, но и избѣгаемъ ненужныхъ рашеній.

Практикованнѣйшій прежде способъ, при которомъ операторъ предоставляетъ міомѣ самой сепвестрироваться чрезъ надрѣзь, сдѣланный въ ея капсулѣ со стороны эндометрія, въ настоящее время совершенно оставленъ, такъ какъ здѣсь результатъ внимательства въ весьма значительной степени зависитъ отъ случайностей, напр. отъ нагноенія опухоли, которое можетъ сдѣлаться роковымъ для больной.

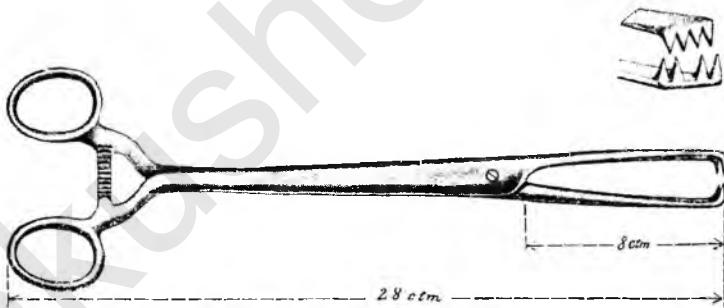


Рис. 190. Щипцы Doyen'a.

Полная экстирпація міоматозной матки *per vaginam* является операцией, которая больше всего выиграла, благодаря успѣхамъ современной техники. При соотвѣтствующемъ навыкѣ этимъ способомъ можно удалять опухоли и матки величиною больше дѣтской головы. Вообще вполне опредѣленныхъ границъ для этой операціи при міомахъ установить нельзя: выборъ подходящихъ случаевъ для нея можетъ быть правиленъ лишь послѣ нѣкотораго опыта и во многомъ зависитъ отъ темперамента оператора. Нѣкоторые операторы склонны слишкомъ расширять границы показаній для этой операціи; основываясь на разказахъ и сообщеніяхъ дру-

гихъ и желая достигнуть аналогическихъ результатовъ, они пытаются экстирпировать *per vaginam* слишкомъ большія опухоли. Другіе операторы, напротивъ, могутъ отказываться отъ этой операціи даже въ такихъ случаяхъ, гдѣ она вполнѣ возможна. Конечно не подлежитъ сомѣнію, что для больной гораздо лучше, если удаление міомы можно произвести вагинальнымъ путемъ, не прибѣгая къ лапаротоміи; однако, съ другой стороны, необходимо считаться и съ тѣми трудностями, какія можетъ представлять вагинальная операція, становясь при этомъ болѣе опасной для больныхъ, нежели лапаротомія.

Рѣшающее значеніе для выбора между операціей *per vaginam* и *per abdomen* имѣютъ: во-первыхъ, величина опухоли, *resp.* матки; во-вторыхъ, ширина и растяжимость влагалища.

Въ общемъ, если опухоль, *resp.* матка, имѣетъ такую величину, что не можетъ быть втиснута въ глубь малаго таза, то ее слѣдуетъ считать неподходящею для кускованія и экстирпаціи *per vaginam*. Однако и при опухоляхъ и маткахъ меньшей величины влагалищный путь можетъ оказаться невозможнымъ, а именно, когда рукавъ, особенно верхній его отдѣлъ, настолько узокъ и ригиденъ, что до влагалищной части трудно добраться. Оттого у женщинъ, которыя никогда не рожали и имѣютъ узкое, трудно растяжимое влагалище, рукавныхъ операцій слѣдуетъ избѣгать. Впрочемъ, такъ какъ операцію, начатую *per vaginam*,

всегда можно прекратить и въ любое время перейти къ лапаротоміи, причеиъ сдѣланное *per vaginam* въ значитель-



Рис. 191.

Рис. 191. Штопсрообразный буравъ для про-буравливанія и извлеченія міомъ.



Рис. 192.

Рис. 192. Ножъ для кускованія міомъ Segond'a, которымъ вырѣзываютъ куски опухоли, захваченные буравомъ.

ной мѣрѣ подготавливаетъ почву для брюшной операціи, то въ сомнительныхъ случаяхъ можно со спокойной совѣстью начинать операцію снизу,

Ходъ операціи полного рукавного изсѣченія міоматозныхъ ма-



токъ съ уменьшеніемъ ихъ объема или безъ такового состоитъ въ слѣдующемъ :

Сильно оттянувъ влагалищную часть книзу при помощи крѣпкихъ щипцовъ (рис. 190), дѣлаютъ кругомъ ея надрѣзъ ; затѣмъ тупымъ образомъ отдѣляютъ влагалищный сводъ отъ пузыря и вскрываютъ *plicam vesico-uterinam* и задній *Douglas'овъ* карманъ. Если при этомъ трудно будетъ найти пузырно-маточную складку брюшины, то, отодвинувъ высоко пузырь, перестаютъ её искать и разсѣкаютъ матку, начавъ съ наружнаго зѣва, какъ можно выше вверхъ при помощи ножницъ.

Послѣ этого щипцами сильно раскрываютъ цервикальный каналъ и ощупываютъ пальцемъ внутреннюю поверхность маточной полости, которая теперь вполне доступна. Каждую прощупанную міому удаляютъ поодиночкѣ и притомъ болѣе мелкіе узлы вылущаютъ прямо пальцемъ, а крупныя пробуравливаютъ инструментомъ, имѣющимъ видъ штопора (рис. 191), послѣ чего вырѣзываютъ изъ нихъ куски цилиндрической формы специально для этой цѣли устроеннымъ ножемъ *Segon d'a* (рис. 192); ножъ этотъ своимъ вогнутымъ лезвиемъ самъ скользитъ по бураву.

По мѣрѣ вырѣзыванія кусковъ опухоли продольный разрѣзъ матки постепенно удлиняется, сохраняя, однако, свое направленіе, благодаря постепенному перемѣщенію захватывающихъ матку щипцовъ вверхъ. Такъ какъ объемъ матки при этомъ все уменьшается, то ее можно все болѣе и болѣе извлекать наружу, пока, наконецъ, она не выйдетъ чрезъ вульварное кольцо. Съ этого момента операцію можно считать удавшейся. Теперь матка является совершенно раздѣленною на двѣ половины, которыя мы сильно оттягиваемъ вправо и влѣво, благодаря чему можемъ безъ труда осмотрѣть тазовую полость и увидѣть связки матки и ея придатки.

Уже долгое время я не придерживаюсь вполне этой типичной и общепринятой схемы рукавной экстирпации матки при міомахъ, именно, не начинаю съ циркулярнаго разрѣза вокругъ влагалищной части и тупого отдѣленія пузыря, а прежде всего вскрываю задній *Douglas'овъ* карманъ путемъ продольнаго разрѣза задней стѣнки шейки и задняго свода, въ это отверстие вытягиваю матку, разрѣзываю ея заднюю стѣнку и уменьшаю ея объемъ. Когда затѣмъ матка будетъ вполне выведена, я разсѣкаю въ медіальномъ направленіи и переднюю ея стѣнку, причѣмъ вскрываю пространство между шейкой и пузыремъ. Теперь гораздо легче удастся отгѣснить пу-

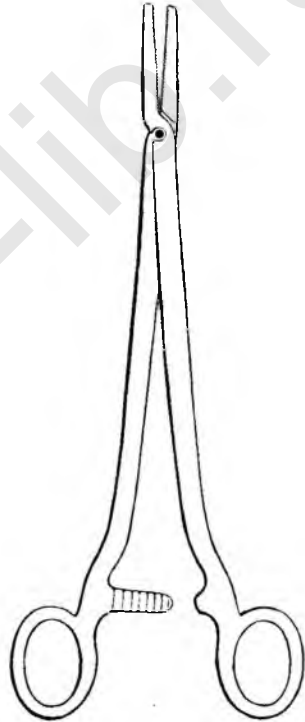


Рис. 193. Жомъ Рѳан'а для остановки кровотеченія.

зырь кверху, если это еще нужно, и въ концѣ концовъ матка оказывается висящею только на своихъ связкахъ. Послѣднія, во исполненіе правила Landau относительно остановки кровотечения, сначала защемляются жомами или перевязываются, затѣмъ перерезываются. (Подробнѣе этотъ способъ описанъ въ Archiv für Gynaekologie, Bd. LXIII, и въ «Оперативной гинекологіи» Doderlein'a и Krönig'a).

Для того, чтобы захватывать связки, я давно уже пользуюсь жомами, образецъ которыхъ изображенъ на рис. 193. Жомы эти имѣютъ короткій сжимающій конецъ и прочный замокъ. Когда жомы наложены, пациенткѣ придаютъ высокое тазовое положеніе, перегибая доску операционнаго стола, причѣмъ кишечныя петли отходятъ далеко въ среднюю часть брюшной полости, а весь тазъ и культя связокъ являются хорошо видными. Тогда въ рану вводятъ тампонъ изъ сложенной въ нѣсколько разъ іодоформенной марли, заботясь о томъ, чтобы послѣдняя хорошо закрывала концы жомовъ. Послѣ этого доску стола опять опускаютъ внизъ; при этомъ кишечныя петли снова смѣщаются въ тазъ, но тампонъ защищаетъ ихъ отъ концовъ зажимовъ и не даетъ имъ выпадать во влагалище.

Тамъ, гдѣ, благодаря растяжимости связокъ и доступности операционнаго поля для глаза, это возможно, я замѣняю жомы лигатурами, причѣмъ наглухо закрываю брюшную полость и влагалищную рану. Способъ этотъ безъ сомнѣнія — самый лучший.

Относительно предложенной Douepomъ и Tuffier „ангиотрипсін“, при которой производится особыми жомами такое сильное сдавливаніе тканей, чтобы даже крупныя сосуды не кровоточили, я долженъ сказать, что никогда не примѣнялъ ея безъ послѣдовательнаго наложенія лигатуръ. Вообще я считаю задачу ангиотрипсінъ недостижимой. Зато въ качествѣ подготовительной мѣры она имѣетъ свои хорошія стороны: если мы будемъ накладывать лигатуры на связки послѣ ангиотрипсінъ, то получимъ ту выгоду, что будемъ перевязывать сжатые и обезкровленныя ткани. При всемъ томъ я имѣлъ послѣ ангиотрипсінъ два случая смертельнаго послѣдовательнаго кровотечения, а потому и совѣтую примѣнять ее съ большою осторожностью, непременно соединяя ее съ основательной перевязкой сосудовъ.

Послѣдующее леченіе бываетъ всего проще въ тѣхъ случаяхъ, когда брюшинная и влагалищная раны послѣ перевязки культей совершенно закрыты: въ этихъ случаяхъ, кромѣ тщательнаго наблюденія за температурой и пульсомъ больной и кромѣ заботъ о дѣйствиіи кишечника и мочевого пузыря, нѣтъ нужды ни въ какихъ особенныхъ мѣрахъ, причѣмъ, если съ этихъ сторонъ не замѣчается никакихъ отклоненій отъ нормы, то оперированная выздоравливаетъ безъ всякихъ осложнений; нѣсколько большій трудъ во время операциіи окупается здѣсь лучшимъ теченіемъ послѣоперационнаго періода. Если же въ ранѣ оставлены жомы, то первые дни послѣ операциіи являются болѣе безпокойными и для врача, и для больной; жомы надобно снять по истеченіи 48 часовъ, причѣмъ тампонъ изъ іодоформенной марли оставляется на мѣстѣ. Если затѣмъ не произойдетъ никакихъ особенныхъ осложнений, напр. значительнаго повышенія температуры вслѣдствіе задержки раневогo отдѣльнаго или осложненій со стороны кишекъ, то марлю удаляютъ постепенно въ теченіе восьми дней каждый день вытягивая и отрѣзывая по куску ея. Остатокъ удаляютъ на операционномъ столѣ, въ положеніи больной

какъ для камнеотсѣченія, раскрывъ притомъ влагалище ложкообразными зеркалами. Последняя предосторожность необходима въ виду того, что часть кишечника можетъ сильно склеиться съ марлей и при извлеченіи последней можетъ быть вытянута одновременно съ тампономъ. Если-бы это случилось, кишку необходимо немедленно выравить при помощи стерильнаго тампона. Оставшее брюшинно-рукавное отверстие затягивается обыкновенно въ теченіе четырнадцати дней.

Вентральные способы. Удаленіе міомъ *per abdomen* имѣеть, подобно вагинальной экстирпации, различныя задачи въ зависимости отъ того, имѣемъ-ли мы дѣло съ фиброидами, сидящими на ножкѣ, подсерозными, или интерстиціальными.

Подсерозные фиброиды, сидящіе на ножкѣ, прямо отрѣзываются, какъ полипы, причемъ необходимо предварительно перевязать ножку. Одиночныя интерстиціальныя міомы можно и здѣсь энуклеировать, тщательно закрывая ложе вышущенной опухоли многостажнымъ швомъ и опуская затѣмъ матку въ брюшную полость.

Что касается выбора между энуклеацией міомы и полной экстирпацией матки, то здѣсь главнымъ образомъ нужно руководиться тѣмъ, можно-ли наряду съ главнымъ фиброидомъ увидѣть или прощупать еще и меньшіе узлы. Оставленіе матки, содержащей послѣдніе, я считаю вообще нераціональнымъ, допуская исключенія изъ этого правила лишь въ тѣхъ случаяхъ, когда противъ экстирпации говорятъ особенныя причины. У женщинъ полѣе пожилого возраста нужно одновременно съ энуклеацией опухоли производить кастрацію, чтобы помѣшать дальнѣйшему росту оставшихся узловъ.

У молодыхъ женщинъ я предпочитаю энуклеацию полной экстирпации и, конечно, не сопровождаю ее кастрацией, такъ какъ оставленная матка можетъ въ дальнѣйшемъ выполнять свои функціи.

Полная экстирпация міоматозной матки *per abdomen* выполняется мною слѣдующимъ способомъ, разработкой котораго мы главнымъ образомъ обязаны *Do u e n' y*.

Для вскрытія брюшной полости я въ настоящее время исключительно пользуюсь надлобковымъ поперечнымъ разрѣзомъ по *K ü s t n e r - R a p i n - P f a n n e n s t i e l' y*. Міомы до головы (головки новорожденнаго? *V. G.*) величиною могутъ при этомъ прямо быть введены черезъ отверстие, сильно растянутае зеркалами; если же опухоль слишкомъ велика, то ее подвергаютъ кускованію, которое здѣсь, подъ контролемъ глаза, выполняется гораздо легче, нежели *per vaginam*. Послѣ извлеченія бугристой матки при помощи штопорообразнаго бурава, ввинченнаго въ самый большой узелъ, перевязываются съ обѣихъ сторонъ внутренніе сѣмянные сосуды и широкія связки отдѣляются вплоть до уровня внутренняго зѣва. Послѣ этого наиболѣе глубокия точки разрѣзовъ широкихъ связокъ соединяются поперечнымъ разрѣзомъ на границѣ между крѣпкимъ и подвижнымъ прикрѣпленіемъ брюшины къ передней маточной стѣнкѣ, что позволяетъ легко отдѣлить пузырь отъ матки. Если затѣмъ шейка мало увеличена, то обѣ *aa. uterinae* съ венами перевязываются, и матка срѣзается въ области шейки, причемъ отверстие цервикальнаго ка-

нала закрывается 2—3 швами<sup>1)</sup>, т. е. производится надвлагалищная ампутація матки. Если же надобно произвести полную экстирпацію, то, отдѣливъ пузырь, вскрываютъ сверху задній влагалищный сводъ, для чего сильно оттягиваютъ матку впереди. Послѣ этого вскрывается передній влагалищный сводъ, что производится подъ контролемъ пальца, введеннаго со стороны брюшной полости черезъ отверстие въ заднемъ сводѣ и проникающаго подъ влагалищной частью въ передній сводъ. Теперь матка виситъ только на широкихъ связкахъ, которыя можно снизу или сверху защемить зажимами или перевязать.

Если шейка изглажена проросшими ея стѣнки фиброидами, и параметрии съ той или другой стороны являются трудно доступными, то и здѣсь, — какъ и при влагалищной экстирпаціи — операція облегчается, если, по предложенію K r ö n i g'a, разсѣчь матку по средней линіи.

Въ каждомъ случаѣ я экстирпирую непосредственно надъ большими маточными сосудами, чтобы произвести отсѣченіе матки внутри влагалища или непосредственно надъ наружнымъ маточнымъ звеномъ. Раны влагалища и шейки я зашиваю, а затѣмъ соединяю края брюшины по бокамъ и по срединѣ непрерывнымъ или прерывистымъ катгутовымъ швомъ, такъ что въ концѣ концовъ всѣ лигаментуры оказываются лежащими подбрюшинно, а въ брюшной полости получается линейная перитонеальная рана.

Если мы начали операцію со стороны влагалища, потому-ли, что раньше пытались экстирпировать матку *per vaginam*, или потому, что мы принципиально желали, если только будетъ возможно, произвести снизу отдѣленіе влагалища отъ влагалищной части и перевязку параметріевъ, то операція, конечно, становится гораздо проще, такъ какъ *per laparotomiam* остается только перевязать верхнія части широкихъ связокъ.

Различныя модификаціи ухода за ножкой, оставшейся послѣ надвлагалищной ампутаціи миоматозной матки, имѣютъ между собою то общее, что въ концѣ концовъ ножку помѣщаютъ под- или позабрюшинно, такъ что въ брюшной полости не остается никакой части ея, которая-бы выдѣляла раневой секретъ. При полной экстирпаціи культи получается самая незначительная, въ виду чего мнѣ и кажется, что данная операція, при свойственной ей простотѣ техники, обѣщаетъ наилучшіе шансы<sup>2)</sup>. Наложеніе лигатуръ *en*

1) Во избѣжаніе инфекціи культи, а также для удаленія слизистой оболочки цервикальнаго канала, которая въ будущемъ можетъ сдѣлаться исходнымъ пунктомъ развитія рака, я тотчасъ послѣ вскрытія цервикальнаго канала глубоко прижигаю стѣнки его термокаутеромъ. В. Г.

2) Зато надвлагалищная ампутація представляетъ то преимущество передъ полной экстирпаціей, что, во-первыхъ, при ней нѣтъ опасности инфицировать брюшную полость изъ рукава, во-вторыхъ, при ней оставленная часть маточной шейки вмѣстѣ съ нетронутыми влагалищными сводами образуетъ прочную опору для внутренностей, находящихся въ брюшной полости; въ-третьихъ, наконецъ, она безопаснѣе для больныхъ, чѣмъ полная экстирпація. Поэтому я рекомендовалъ-бы примѣнять полную экстирпацію лишь при тѣхъ фибромиомахъ, которыя захватываютъ не только тѣло матки, но и всю шейку, съ влагалищной частью включительно; тамъ же, гдѣ нижняя часть шейки является нетронутой, я предпочитаю, по изложеннымъ выше мотивамъ, надвлагалищную ампутацію. В. Г.

masse, резиновыхъ жгутовъ и тому подобн. — все болѣе и болѣе теряетъ свой кредитъ въ глазахъ операторовъ, и вполне заслуженно.

Въ заключеніе обзора оперативнаго леченія міомъ слѣдуетъ упомянуть еще объ одномъ способѣ такого леченія, а именно, о кастраціи, введеніемъ которой въ гинекологическую практику мы обязаны Негар'у. Эта операція основывается на томъ правильномъ предложеніи, что путемъ радикальнаго удаленія всей яичниковой ткани мы можемъ вызвать климактерій въ любомъ возрастѣ, т.-е. стало быть и раньше нормы. А такъ какъ съ наступленіемъ климактерія кровотеченія и ростъ фиброидовъ обыкновенно прекращаются, то больныя этимъ путемъ могутъ быть навѣрное освобождены отъ опасныхъ симптомовъ, вызываемыхъ міомой, причемъ имъ не приходится подвергаться удаленію міомы — операціи иногда опасной. Никто не станетъ оспаривать, что удаленіе яичниковъ, т.-е. абдоминальная кастрація, даже и въ настоящее время соединена съ гораздо меньшей травмой и менѣе опасна, чѣмъ удаленіе міомъ. Несмотря на это, кастрація при міомахъ не имѣетъ большого числа сторонниковъ, такъ какъ, съ одной стороны, оставленная опухоль продолжаетъ вызывать рядъ припадковъ и, кромѣ того, можетъ переродиться злокачественно, а съ другой — удаленіе ея всегда даетъ лучшіе результаты.

Winternitz въ теченіе долгаго времени наблюдалъ 51 больную, кастрированную Sxingeromъ въ Тюбингенѣ, и нашелъ слѣдующее: изъ 36 оперированныхъ женщинъ, изслѣдованныхъ спустя отъ 3 до 16 лѣтъ послѣ кастраціи, у 32, т.-е. въ 88,3<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, можно было констатировать стаціонарное прекращеніе кровотеченій; у 4 же, т.-е. въ 11<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, кровотечения продолжались, несмотря на кастрацію; у двухъ изъ этихъ четырехъ больныхъ наступило саркоматозное перерожденіе міомъ, причемъ у одной изъ нихъ — на восьмомъ году послѣ операціи; у третьей больной изъ числа этихъ четырехъ остались послѣ кастраціи части яичниковой ткани, которыя подверглись кистовидному перерожденію; наконецъ, у четвертой больной и послѣ кастраціи ростъ опухоли продолжался, и она превратилась въ кистоміому.

Въ 83,3<sup>0</sup>/<sub>0</sub> у кастрированныхъ было констатировано ясное, а въ отдѣльныхъ случаяхъ — даже весьма сильное уменьшеніе объема міомъ<sup>1)</sup>.

## II. Саркомы.

Злокачественныя новообразования матки соединительнотканнаго типа — саркомы встрѣчаются гораздо рѣже аналогичныхъ новообразованій эпителиальнаго типа, т.-е. карциномъ: одна саркома

<sup>1)</sup> Кромѣ кастраціи, изъ числа оперативныхъ, но не радикальныхъ, методовъ леченія фиброміомъ матки заслуживаетъ упоминанія перевязка основанийъ широкихъ связокъ со стороны рукава. Техника ея очень проста: вскрывъ боковые своды, операторъ кладетъ 2 лигатуры на основаніе каждой широкой связки, — одну у самой матки, другую на разстояніи 1 дюйма отъ послѣдней, затѣмъ перерѣзываетъ части связокъ между лигатурами и зашиваетъ обѣ влагалищныя раны. При этомъ перевязываются, кромѣ маточныхъ артерій, и другіе сосуды, а также идущіе въ нижнихъ частяхъ широкихъ связокъ нервные стволы, благодаря чему, съ одной стороны, устраняется доставка крови къ маткѣ и опухоли черезъ систему маточныхъ артерій, а съ другой — подавляются нервные рефлексы. Вслѣдствіе этого, по отзывамъ цѣлага ряда авторовъ (Martin, Gottschalk, Hartmann, Fredet, Gollet и др.), не только останавливаются кровотечения, вызываемыя фиброміомомъ, но, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, сама опухоль уменьшается, даже можетъ совершенно исчезнуть. Особенно благоприятные результаты даетъ эта операція при интерстиціальнхъ фиброміомахъ средней величины, сидящихъ въ нижней и средней третяхъ матки. Б. Г.

матки приходится приблизительно на 40 случаевъ рака матки. Все же саркомы матки встрѣчаются гораздо чаще, чѣмъ это полагали раньше. Въ виду того, что опухоли эти не даютъ макроскопически характерной картины, истинная природа ихъ можетъ быть зачастую распознана лишь путемъ точнаго микроскопическаго изслѣдованія опухольныхъ массъ. Но мѣръ того, какъ микроскопическое изслѣдованіе получило болѣе широкое распространеніе въ гинекологической практикѣ, — съ одной стороны, благодаря этому, увеличилось число диагнозовъ саркомы матки, а съ другой — наши знанія относительно строенія и гистогенеза этихъ новообразованій сдѣлали большіе успѣхи.

Прежде всего, повидимому, слѣдуетъ среди саркомъ матки, какъ и среди раковъ этого органа, различать саркомы маточнаго тѣла отъ саркомъ шейки, причемъ заслуживаетъ вниманіе тотъ своеобразный фактъ, что частота первыхъ относится къ частотѣ вторыхъ, какъ 8 : 1, между тѣмъ, какъ при ракахъ матки шейка поражается гораздо чаще, чѣмъ маточное тѣло.

Начало свое саркомы всегда получаютъ изъ соединительной ткани, и притомъ какъ и соединительной ткани слизистой оболочки, такъ и изъ соединительной ткани міометрія. Въ послѣднихъ случаяхъ, по общепринятому мнѣнію, саркомы возникаютъ преимущественно, хотя и не всегда, какъ это думаютъ нѣкоторые отдѣльные авторы, изъ предсуществующихъ здѣсь фиброміомъ.

Изъ обоихъ видовъ саркомъ, т.-е. изъ саркомъ слизистой оболочки и саркомъ стѣнокъ матки или фибросаркомъ, первыя встрѣчаются въ  $1\frac{1}{2}$  раза чаще вторыхъ; фактъ этотъ свидѣтельствуетъ, что столь часто встрѣчающіяся фибромы матки въ общемъ рѣдко подвергаются злокачественному, саркоматозному перерожденію.

Этіологія маточныхъ саркомъ до сихъ поръ остается неизвѣстной, точно такъ же, какъ и этіологія столь родственныхъ имъ раковъ. Приверженцы паразитарной теоріи, по которой возбудителями рака и саркомы являются бластомицеты и плазмодіи, находятъ для себя точку опоры въ томъ, что у животныхъ нетрудно вызвать саркоматозныя опухоли экспериментальнымъ путемъ: для этого слѣдуетъ только привить животнымъ или частички опухоли, или выкультивированные изъ нихъ грибки. При этомъ оказывается, что гистологическая натура саркомъ отнюдь не представляетъ чего-либо специфическаго, вполне характернаго, — хроническія воспалительныя опухоли могутъ также давать картины, похожія на саркому. Во всякомъ случаѣ безусловныхъ доказательствъ въ пользу паразитарнаго происхожденія раковъ и саркомъ до сихъ поръ еще не имѣется.

Между тѣмъ, какъ при фиброміомахъ и ракахъ матки бросается въ глаза извѣстное определенное отношеніе ихъ къ воспроизводительнымъ функціямъ полового аппарата, — съ одной стороны, оставшіяся послѣ родовъ измѣненія въ половыхъ органахъ (рубцы, воспалительныя измѣненія) благоприятствуютъ развитію рака, съ другой — бездѣйствіе половыхъ органовъ способствуетъ развитію міомъ, — при саркомахъ ничего подобнаго мы не встрѣчаемъ. Саркомы матки занимаютъ также своеобразное положеніе и по отношенію къ различнымъ возрастамъ. Замѣчательно, что саркоматоз-

ное поражение слизистой оболочки, въ противоположность раковому, наблюдается чаще въ молодомъ возрастѣ; что касается саркомъ стѣнокъ матки, то онѣ даютъ возрастную кривую почти параллельную той, какую даютъ фиброиды (рис. 189), чѣмъ еще разъ доказывается генетическая связь между новообразованиями обоихъ этихъ типовъ.

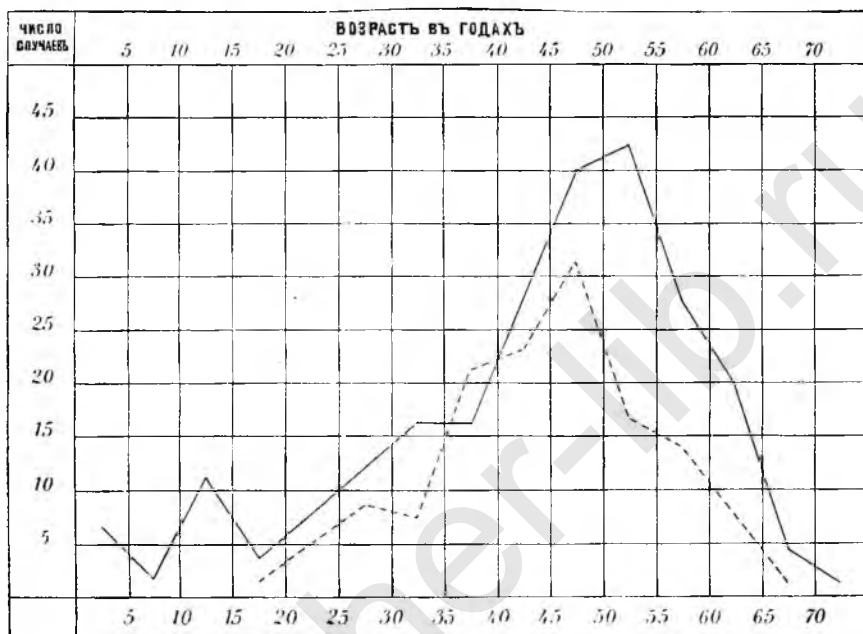


Рис. 194. Графическое изображение частоты саркомъ матки въ различныхъ возрастахъ по Gessnerу (Veit, Handbuch der Gynaekologie, т. III, стр. 889 и 890).

— Саркомы слизистой оболочки матки.  
 ..... Саркомы стѣнокъ матки (миосаркомы).

Кривая, изображающая частоту саркомъ въ различные возрасты (рис. 194), поясняетъ вышеуказанныя отношенія. Изъ нея видно, что среди случаевъ саркомы слизистой оболочки семь относится къ дѣтямъ въ возрастѣ до 5 лѣтъ; напротивъ, самой младшей изъ больныхъ миосаркомой было 20 лѣтъ (случай Chrobak'a).

Велѣдствіе какихъ причинъ существующіе уже давно доброкачественные фиброиды подвергаются вдругъ саркоматозному перерожденію, — еще не выяснено. Нельзя совершенно игнорировать того мѣннія, что здѣсь играютъ нѣкоторую роль разстройства питанія, особенно, если мы примемъ во вниманіе тотъ фактъ, что Martin наблюдалъ 6 случаевъ саркоматознаго перерожденія миомъ послѣ продолжительнаго леченія эргогиномъ. Я самъ наблюдалъ и оперировалъ трехъ больныхъ съ саркоматознымъ перерожденіемъ фибромъ въ числѣ 45, которымъ мой предшественникъ по Тюбингенской клиникѣ, Sächinger, произвелъ кастрацію.

Съ точки зрѣнія макроскопической анатоміи саркомы слизистой оболочки матки бываютъ двухъ родовъ: диффузныя

и полипозныя. Послѣднія отличаются наклонностью къ сильному разрастанію и встрѣчаются какъ въ тѣлѣ матки, такъ и въ шейкѣ въ два раза чаще, чѣмъ саркомы диффузной формы.



Рис. 195. Гроздевидная саркома слизистой оболочки шейки по Рейну (Archiv für Gynäkologie, т. XV).

Болѣе объемистыя саркоматозныя полипы, вслѣдствіе сократительной дѣятельности матки, рождаются черезъ шейку совершенно такъ же, какъ и фиброзные полипы, и этимъ путемъ элиминируются или самопроизвольно, или искусственно, причемъ процессъ этотъ можетъ повторяться нѣсколько разъ. Не распознавъ истинной природы этихъ опухолей, въ прежнее время ихъ назвали «recurrent fibroids». Въ настоящее время подобной ошибки слѣдовало-бы избѣгать при помощи точнаго микроскопическаго изслѣдованія.

Слизистая оболочка шейки служитъ иногда источникомъ крайне своеобразной по своему виду, свойственной только маточной шейкѣ формы саркомы, а именно: «гроздевидной саркомы слизистой оболочки шейки». Новообразование это, выдаваясь изъ маточнаго зѣва, образуетъ во влагалищѣ объемистую опухоль, имѣющую видъ пузырьнаго заноса.

Саркомы маточной стѣнки, возникшія путемъ перерожденія фибридовъ, представляются обыкновенно въ видѣ включенныхъ въ міометрій узловъ, рѣзко отграниченныхъ отъ сосѣднихъ частей соединительнотканной капсулой. Диффузныя саркомы стѣнокъ матки представляютъ собою или разросшіяся фибросаркомы, или саркомы, происшедшія непосредственно изъ существа міометрія. Среди фибросаркомъ, которыя, сообразно съ своимъ мѣстоположеніемъ, носятъ названіе подсерозныхъ, интерстиціальныхъ и подслизистыхъ, послѣднія встрѣчаются всего чаще.

Микроскопически саркомы матки ничемъ не отличаются отъ саркомъ другихъ частей тѣла. И здѣсь встрѣчаются то круглыя, то веретенообразныя клѣтки, обыкновенно въ каждомъ случаѣ тѣ и другія вмѣстѣ, такъ что строгая классификація данныхъ опухолей по формѣ клѣточныхъ элементовъ является невозможной. Среди саркомъ слизистой оболочки преобладаютъ круглоклѣтчатковыя, среди же саркомъ маточной стѣнки веретенообразная форма встрѣчается приблизительно въ 4 раза чаще круглоклѣтчатковой. Изрѣдка въ саркомахъ матки попадаются гигантскія клѣтки. Въ качествѣ особой гистологической равновидной маточныхъ саркомъ заслуживаетъ упоминанія такъ называемая аденосаркома, гдѣ одновременно съ разрастаніемъ соединительнотканыхъ элементовъ на-



блюдается и разрастаніе железъ слизистой оболочки<sup>1)</sup>. Сосудами саркомы матки обыкновенно очень богаты, и притомъ или кровеносными (телеангиэктатическія саркомы, ангиосаркомы), или лимфатическими (лимфосаркомы). Нѣкоторыми авторами были описаны въ маткѣ меланосаркомы. Фокусы размягченія въ саркомахъ повели къ выдѣленію, въ качествѣ особой формы, кистосаркомъ матки.

Случаи карциномо - саркомъ, т.-е. опухолей, которыя построены одновременно изъ соединительнотканнхъ и эпителиальныхъ элементовъ, не констатированы съ полной достовѣрностью. Равнымъ образомъ не выдерживаетъ критики утверждение, что ракъ влагалищной части всегда или, по крайней мѣрѣ, очень часто сопровождается саркомой маточнаго тѣла. Но, конечно, мы этимъ вовсе не желаемъ сказать, чтобы въ разныхъ отдѣлахъ матки не могли одновременно существовать ракъ и саркома. Вѣдь и другія опухоли половыхъ органовъ, напр., миома и ракъ, кистома и миома, ракъ маточнаго тѣла и ракъ влагалищной части, могутъ существовать одновременно другъ съ другомъ, причемъ внутренняя связь между различными родами перечисленныхъ опухолей вовсе не является необходимой.

Діагнозъ маточныхъ саркомъ во многихъ случаяхъ находитъ для себя важныя точки опоры въ анамнезѣ и теченіи болѣзни, изъ которыхъ можно вывести заключеніе о злокачественномъ характерѣ опухоли, хотя, впрочемъ, окончательное мнѣніе объ анатомической природѣ послѣдней можетъ быть составлено лишь на основаніи микроскопическаго изслѣдованія. Въ другихъ случаяхъ клинической діагнозы можетъ быть весьма труденъ и даже совершенно невозможенъ, такъ что злокачественность опухоли обнаруживается лишь во время операціи или даже послѣ нея, при микроскопическомъ изслѣдованіи. Среди анамнестическихъ данныхъ имѣютъ большое значеніе указанія на кровотеченія изъ половыхъ органовъ. Въ старческомъ возрастѣ, послѣ наступленія климактерія, они являются прямо-таки патогномоническими для злокачественнаго характера новообразованія, такъ что возобновеніе кровотеченій послѣ продолжительной менопаузы является весьма опаснымъ симптомомъ. Таже самое можно сказать и о кровотеченіяхъ изъ половыхъ путей въ дѣтскомъ возрастѣ, до наступленія половой зрѣлости: эти кровотеченія зачастую указываютъ на развитіе саркомъ, причемъ, однако, отсюда надо исключить рѣдкіе случаи преждевременнаго на-

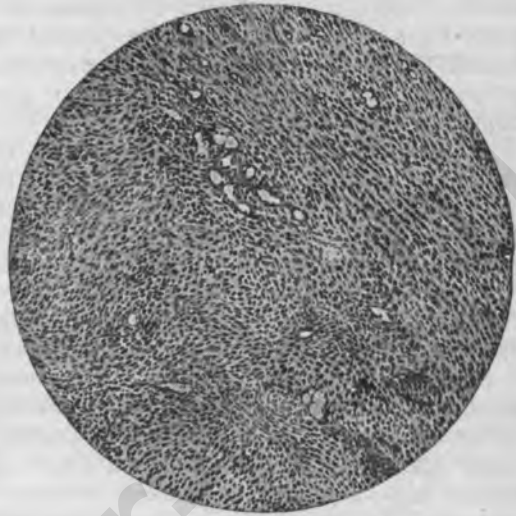


Рис. 196. Микроскопическая картина миосаркомы corporis uteri (веретенообразно-клеточная форма).

1) Кроме того, къ саркомамъ могутъ быть причислены изрѣдка встрѣчающіяся въ маткѣ эндотелиомы и перителиомы. В. Г.

ступленія менструаціи. Если къ метроррагіямъ присоединятся еще обильныя водянистыя или сукровичныя, вонючія бѣли, то даже у женщинъ, находящихся въ періодѣ половой зрѣлости, можно съ большою вѣроятностію заподозрить злокачественную опухоль. Последнюю можно смѣшать въ подобныхъ случаяхъ лишь съ разлагающимся фибридомъ или съ ненормально долгое время задержавшимся въ маткѣ остатками яйца, подвергшимися гнилостному распаду. Какой натуры злокачественная опухоль, саркома-ли это, или ракъ, — рѣшаетъ микроскопъ. Если опухоль довольно объемиста, то это говоритъ болѣе за саркому<sup>1)</sup>.

Что касается отдѣльныхъ видовъ саркомы, то при саркомѣ слизистой оболочки мы, изслѣдуя пальцемъ внутреннюю поверхность маточной полости, — каковымъ способомъ надо всегда пользоваться въ подозрительныхъ случаяхъ, — встрѣчаемъ уже во влагалищѣ или въ маткѣ мозговидныя, мягкія, рыхлыя опухольныя массы. Въ подозрительныхъ случаяхъ всѣ кусочки, полученные при выскабливаніи, а также слизистые полипы должны быть тщательно изслѣдованы людьми, хорошо знакомыми съ микроскопической техникой.

Гораздо труднѣе распознать саркому стѣнокъ матки и фибросаркому, которыя непосредственно недоступны изслѣдующему пальцу, вслѣдствіе чего мы не можемъ уловить сто въ важнаго признака, какъ рыхлость опухольныхъ массъ. Дифференціальный діагнозъ между міомой и фибросаркомой иногда бываетъ прямо таки невозможенъ. Точками опоры для діагностики саркоматознаго перерожденія міомы являются: быстрый, внезапный ростъ опухоли, появленіе асцита, возобновленіе прекратившихся было кровотеченій, сопровождаемое сукровичными выдѣленіями, общая кахексія, обнаруженіе припадковъ ранѣе отсутствовавшихъ, особенно дизуріи. Возобновленіе фиброматозныхъ полиповъ послѣ ихъ удаленія («recurrent fibroids») всегда слѣдуетъ считать симптомомъ рецидива саркомы.

Теченіе болѣзни при саркомѣ, благодаря ея злокачественному характеру, всегда смертельно.

Кровотеченія и упадокъ питанія организма вслѣдствіе бѣлей, распаденія опухоли и сепсиса, а также появленіе метастазовъ въ важныхъ для жизни органахъ — неминуемо ведутъ къ смерти, если только своевременное радикальное удаленіе опухоли не спасетъ больную.

Средняя продолжительность болѣзни при саркомахъ матки равняется двумъ годамъ. Саркомы маточныхъ стѣнокъ обычно доброкачественнѣе и позже даютъ метастазы; кромѣ того, онѣ обнаруживаютъ меньшую склонность къ распаду и поэтому не такъ легко ведутъ къ гангренѣ и сепсису, какъ саркомы слизистой оболочки. Если онѣ отдѣлены отъ окружающихъ тканей капсулой, то даютъ метастазы еще позже. Наиболѣе злокачественное теченіе имѣютъ диффузныя саркомы слизистой оболочки, полиповыя же формы приближаются въ этомъ отношеніи болѣе къ саркомамъ маточныхъ стѣнокъ.

Леченіе саркомы. Если путемъ ощупыванія и микроско-

1) Кромѣ того, ихорозныя, грязнаго цвѣта, сильно вонючія выдѣленія говорятъ болѣе за ракъ, водянистыя же, сравнительно мало вонючія — за саркому. В. Г.

пического изслѣдованія распознана маточная саркома, то слѣдуетъ немедленно предпринять полную экстирпацию матки, такъ какъ только этимъ путемъ можно спасти больную отъ вѣрной смерти. Частичныя операціи имѣютъ здѣсь столько же значенія, сколько и при ракѣ матки. Даже удаленіе полипозныхъ саркомъ, имѣющихъ ясно выраженную ножку, а также инкапсулированныхъ, должно быть сопряжено радикальною операціей, если мы не желаемъ получить рецидива, при которомъ полная экстирпация можетъ оказаться запоздалой.

Слѣдуетъ-ли дѣлать полную экстирпацию саркоматозной матки *per vaginam* или *per abdomen*, — это зависитъ здѣсь, какъ и при фиброидахъ, прежде всего отъ величины матки. Но при этомъ мы должны имѣть въ виду, что, между тѣмъ какъ при фиброидахъ мы имѣемъ въ кускованіи такой методъ, который позволяетъ намъ уменьшить объемъ слишкомъ большихъ опухолей и этимъ путемъ удалить ихъ черезъ влагалище, — при саркомахъ этотъ способъ строго противопоказанъ въ виду возможности саркоматозныхъ имплантаций. Кромѣ того, для полного удаленія всѣхъ саркоматозныхъ узловъ мы должны имѣть возможность хорошо обзрѣть все поле операціи, а это при большихъ опухоляхъ возможно лишь при лапаротоміи.

Какъ и при ракахъ, при саркомахъ слѣдуетъ возможно шире удалять тазовую клетчатку и увеличенныя лимфатическія железы (операція *Wertheim'a*).

Если величина саркоматозной матки позволяетъ сдѣлать радикальную операцію *per vaginam*, безъ кускованія, то прогнозъ *quoad valetudinem completam* въ подобныхъ случаяхъ довольно благопріятенъ. Но если опухоль перешла уже границы, въ предѣлахъ которыхъ возможна еще вагинальная экстирпация, такъ что является необходимою лапаротомія, то прогнозъ въ смыслѣ радикальнаго излеченія больныхъ является крайне неблагопріятнымъ: рецидивы и метастазы ведутъ обыкновенно больную къ смерти вскорѣ послѣ операціи.

Изъ всѣхъ доселѣ извѣстныхъ случаевъ гроздевидныхъ саркомъ шейки ни въ одномъ не было достигнуто полного излеченія. Вообще при саркомѣ матки, какъ и при ракѣ этого органа, надежда на радикальное излеченіе можетъ существовать лишь тогда, когда опухоль была распознана своевременно, и своевременно была предпринята радикальная операція — по возможности *per vaginam*.

## Глава XIV.

### Эпителіоидныя новообразованія матки.

Otto Küstner'a.

#### I. Аденомы.

Доброкачественныя эпителіоидныя опухоли матки, аденомы, встрѣчаются въ двухъ или трехъ различныхъ формахъ.

До извѣстной степени мы имѣемъ право называть железистую форму гиперпластическаго эндометрита диффузной аденомой слизистой оболочки матки.

Самую частую форму полипозной аденомы представляетъ собою слизистые полипы. Полипы эти развиваются обыкновенно изъ слизистой оболочки шейки, выдаются изъ наружнаго маточнаго зѣва въ видѣ ярко красной ягоды и сопровождаются нерѣдко однимъ или двумя такими же полипами, сидящими рядомъ съ главнымъ. Множественное образование полиповъ наблюдается довольно рѣдко. Между прочимъ, нѣсколько лѣтъ тому назадъ я экстирпировалъ у одной 40-лѣтней женщины изъ шейки болѣе 30 полиповъ, среди которыхъ иные были съ вишнею величиною.



Рис. 197. Большой пещеристый полипъ (железистый полипъ, аденома) шейки. Множество эктатическихъ, наполненныхъ слизью ретенционныхъ кистъ, происшедшихъ изъ железъ. (Препаратъ полученъ въ клиникѣ Döderlein'a въ Тюбингенѣ).

случаяхъ онѣ не имѣютъ слизистой, расплывчатой структуры мукозныхъ полиповъ, но бываютъ снабжены крѣпкимъ, вѣтвящимся соединительнотканнымъ или мышечнымъ остовомъ. Свободная поверхность ихъ представляется не гладкою, а напротивъ, чрезвычайно не-

ровною, бородавчатою, бугристою. Подобныя образованія, прежде неправильно называвшіяся «железистыми полипами», обычно получают свое начало въ какой-нибудь части шейки, а иногда исходятъ изъ наружной поверхности эктропіонированной губы маточнаго зѣва.

Микроскопическое строеніе обѣихъ этихъ формъ аденомы почти одинаково. Въ «железистыхъ полипахъ» больше крѣпкой соединительнотканной стромы, въ слизистыхъ же — больше железистыхъ образованій. Въ тѣхъ и другихъ встрѣчаются древовидно вѣтвящіяся, также круглыя и овальныя, содержащія слизь полости, высланныя высокимъ цилиндрическимъ эпителиемъ.

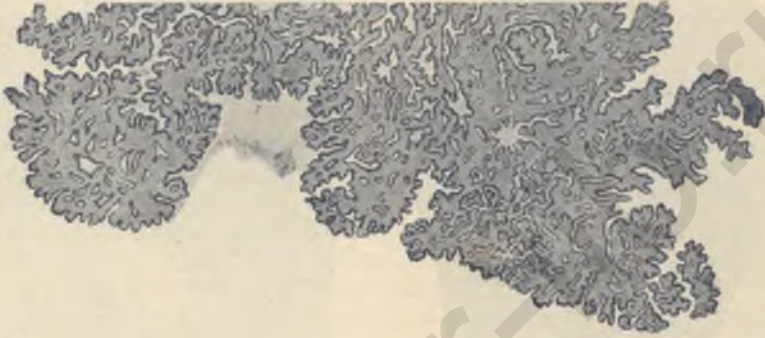


Рис. 198. Нижний конецъ изображенной на рис. 197 шейчной аденомы при небольшомъ увеличеніи. Железистое строеніе опухоли при такомъ увеличеніи является особенно яснымъ.

Небольшіе цервикальные полипы обусловливаютъ собою болѣе сильное выдѣленіе маточной слизи, а иногда и атипическія кровотеченія, въ большинствѣ случаевъ, впрочемъ, незначительныя. Болѣе объемистые полипы могутъ быть тягостны и въ чисто-механическомъ отношеніи: висая на длинной ножкѣ, они могутъ достигать вульвы и даже выдаваться изъ половой щели наружу (см. рис. 127). Встрѣчаются они преимущественно у женщинъ климактерическаго возраста.

Слизистые полипы небольшого объема могутъ быть просто срѣзаны ножницами; что касается объемистыхъ аденомъ, то онѣ часто имѣютъ сильно васкуляризованную ножку, вслѣдствіе чего приходится накладывать на ножку лигатуры en masse или послѣ иссѣченія ихъ прижигать рану каленымъ желѣзомъ.

## II. Ракъ матки.

Статистика. Этіологія. Гистогенезъ. Ракъ матки — заболѣваніе очень частое<sup>1)</sup>. Если въ нѣкоторыхъ большихъ статистикахъ ракъ желудка и оказывается по частотѣ занимающимъ первое мѣсто, то въ статистикѣ Cullen'a, обнимающей 31.000 случаевъ рака, на долю рака желудка приходится лишь 21%, тогда

1) По Runge, въ Германіи ежегодно погибаетъ отъ рака матки 23.000 женщинъ. В. Г.

какъ на долю рака матки — 29%. Даже принимая, что ракъ желудка безотносительно встрѣчается чаще рака матки, мы все же должны признать, что послѣдній органъ является наиболѣе излюбленнымъ мѣстомъ развитія рака, такъ какъ желудокъ есть у всѣхъ людей, а матка — только у половины. Всѣ статистики единогласно свидѣтельствуютъ, что среди общаго числа женщинъ, страдающихъ ракомъ, у трети имѣется ракъ матки.



Рис. 199.



Рис. 200.

Рис. 199. Ракъ тѣла матки. 41 ест. вел. Больная S., 61 года, поздно вышедшая замужъ, никогда не рожавшая и не имѣвшая выкидышей. Климактерій наступилъ 14 лѣтъ. За послѣдній годъ больная стала замѣчать у себя временами небольшую примѣсь крови къ бѣлымъ, выделявшимся у ней въ незначительномъ количествѣ. Полная экстирпація матки 15/V 1903. Выздоровленіе. Въ концѣ 1907 года еще здорова.

Рис. 200. Ракъ тѣла матки. 4 ест. вел. Больная T., 57 лѣтъ. Операция 7/V 1903. Выздоровленіе. Въ 1906 г. смерть отъ рецидива.

Хотя въ новѣйшее время статистическія данныя констатируютъ, подимому, ужасающее возрастаніе числа раковъ (абсолютное увеличеніе этого числа при уменьшеніи общаго процента смертности), но не надо забывать, что это отчасти можетъ объясняться такими моментами, какъ усовершенствованіе нашихъ діагностическихъ и терапевтическихъ методовъ, улучшеніе санитарныхъ мѣропріятій, возрастаніе числа больницъ, гдѣ всѣ слои населенія могутъ воспользоваться рациональною медицинскою помощію, и наконецъ, быстрое распространеніе въ населеніи правильныхъ знаній объ этой болѣзни. Все это — моменты, благодаря которымъ масса случаевъ рака, которые ранѣе оставались-бы неизвѣстными, становится теперь доступною распознаванію и леченію.

Излюбленнымъ мѣстомъ развитія рака матки являются шейка и въ частности влагалищная ея часть, тѣло же матки пора-



жается сравнительно рѣдко (въ 11<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, по моимъ наблюденіемъ<sup>1</sup>); излюбленнымъ возрастомъ для раковъ шейки является возрастъ отъ 40 до 50 лѣтъ (по моимъ наблюденіямъ, на этотъ возрастъ падаютъ 38<sup>0</sup>/<sub>0</sub> всѣхъ раковъ шейки), для раковъ же тѣла отъ 50 до 60 (50<sup>0</sup>/<sub>0</sub> общаго числа раковъ тѣла наблюдается въ этомъ десятилѣтіи). До 30-лѣтняго возраста заболѣваніе ракомъ матки является рѣдкостью (2<sup>0</sup>/<sub>0</sub>), а до 20-лѣтняго оно встрѣчается лишь въ исключительныхъ случаяхъ; рѣдко заболѣваютъ ракомъ матки и женщины старше 70 лѣтъ<sup>2</sup>).

Раки шейки часто встрѣчаются у женщинъ, которыя рожали, нерѣдко у такихъ, которыя рожали много разъ. Что касается рака тѣла, то онъ въ относительно большемъ числѣ случаевъ наблюдается у женщинъ нерожавшихъ<sup>3</sup>).

Играетъ-ли, — среди предрасполагающихъ къ заболѣванію ракомъ матки моментовъ, — роль наследственности, какъ о томъ можно думать на основаніи отдѣльныхъ наблюденій, — сказать въ настоящее время нельзя, особенно принимая во вниманіе частоту заболѣванія этою болѣзнію. За то для меня, на основаніи клиническихъ и анатомическихъ наблюденій, является несомнѣннымъ другой фактъ, — что ракъ матки, подобно ракамъ другихъ органовъ, преимущественно развивается на тѣхъ мѣстахъ, гдѣ ткани ранѣе долгое время были воспалены. Оттого застарѣлые катарры матки и въ частности маточной шейки, особенно же воспаленія слизистой оболочки, образующей эктропіоны, зачастую являются предшественниками рака матки. При большинствѣ раковъ влагалищной части, имѣющихъ видъ цвѣтной капусты, можно бываетъ еще отчетливо узнать, что форма *p. vaginalis* была ранѣе измѣнена эктропіонами. Равнымъ образомъ и клинически относительно часто можно бываетъ доказать, что развитію рака предшествовали затяжные воспалительные процессы<sup>4</sup>). Часто оказывается, что раковыя больныя ранѣе лечились отъ упорныхъ эндометритовъ. Фактъ, что ракъ матки нерѣдко поражаетъ женщинъ, рожавшихъ много разъ (по статистикѣ Gusselowa на каждую больную съ ракомъ матки въ среднемъ приходится 5,1 родовъ), можетъ быть объясненъ лишь тѣмъ,

1) Въ Казанской клиникѣ на 564 больныхъ съ ракомъ шейки, явившихся въ амбулаторію за 10 лѣтъ, съ 1900/1 по 1909/10 уч. г., пришлось 32 больныхъ съ ракомъ тѣла, такъ что на 1 случай послѣдняго пришлось около 18 случаевъ рака шейки. В. Г.

2) Въ Казанской клиникѣ ракъ матки также чаще всего (въ 244 случаяхъ изъ 596) встрѣчался у больныхъ въ возрастѣ отъ 40 до 49 л., затѣмъ слѣдовало 10-лѣтіе отъ 50 до 59, а потомъ — 10-лѣтіе отъ 30 до 39 л. В. Г.

3) Фактъ этотъ, который и я могу со своей стороны вполне подтвердить (изъ 564 нашихъ больныхъ съ ракомъ шейки было лишь 17 нерожавшихъ, въ среднемъ же на каждую больную приходилось 6,3 родовъ, изъ 32 больныхъ съ ракомъ тѣла было нерожавшихъ 3), объясняется, быть можетъ, тѣмъ, что у женщинъ рожавшихъ чаще встрѣчаются эктропіоны слизистой оболочки цервикальнаго канала, которыя и служатъ зачастую исходнымъ пунктомъ развитія раковъ шейки. Что касается нерожавшихъ женщинъ (конечно замужнихъ), то у нихъ, какъ извѣстно, большую роль въ этиологіи безплодія играетъ *endometritis corporis*; это же заболѣваніе играетъ роль и въ этиологіи рака: воспалительная гиперплазія железъ тѣла матки сначала даетъ аденому, а потомъ — адено-карциному. В. Г.

4) Изъ страдавшихъ ракомъ матки больныхъ Казанской клиники 53,5<sup>0</sup>/<sub>0</sub> страдали ранѣе, судя по анамнезу и объективному изслѣдованію, воспалительными заболѣваніями половой сферы. В. Г.

что многократные роды и послеродовые периоды могут легче повести къ развитію хроническихъ воспаленій матки.

Особенно заслуживаетъ вниманія то обстоятельство, что, — какъ я высказалъ и доказалъ клиническими наблюденіями еще въ началѣ 80-хъ годовъ, — источникомъ развитія раковъ матки иногда служатъ оставшіеся въ маткѣ и продолжающіе хорошо питаться островки децидуальной ткани (децидуомы).

Для гистогенеза рака матки имѣетъ значеніе все, что извѣстно о раковомъ процессѣ изъ общей патологіи. Исходнымъ пунктомъ его развитія служить эпителий. Принадлежитъ-ли при этомъ главная активная роль самому эпителию, или лежащей подъ нимъ соединительной ткани, ростъ которой ведетъ къ образованію трещинъ въ эпителиальномъ покровѣ (Ribbert), или эмбриональнымъ эпителиальнымъ включеніямъ, которыя позднѣе вырастаютъ въ раковую опухоль (Cohnheim), — въ чемъ, далѣе, состоитъ специфическое превращеніе эпителиальныхъ клѣтокъ въ раковыя, въ извѣстномъ родѣ обратнаго развитія, анаплази (Hanseman), или въ неправильномъ протоплазматическомъ развитіи, катаплази (Bencke), — это въ настоящее время является невыясненнымъ.

Уже около 20 лѣтъ тому назадъ Malassez, Thoma и др. открыли въ раковыхъ клѣткахъ особыя включения въ видѣ маленькихъ, сильно преломляющихъ свѣтъ тѣлецъ. Они смотрѣли на эти тѣльца, какъ на животные паразиты (protozoa, sporozoa, coccidiae), и видѣли въ нихъ причину рака. Позднѣе Sanfelice, Busse и др., а въ ракахъ матки особенно Leopold, изучили эти включения подробнѣе и признали ихъ за родъ дрожжей. Jürgens отнесъ ихъ къ саркоспоридіямъ. Leopoldу не только удалось получить ихъ въ чистыхъ разводкахъ, но и доказать въ нихъ способность вызывать извѣстнаго роста броженіе, а при прививкѣ крысамъ — образованіе опухолей, которыя по своей анатомической структурѣ и способности давать метастазы стояли очень близко къ ракамъ. Petersen и Eх-перг могли этимъ путемъ вызвать образованіе лишь воспалительныхъ опухолей, которыя гистологически не были тождественны съ первичнымъ новообразованіемъ. Авторы эти считаютъ „раковыхъ паразитовъ“ не возбудителями рака, а лишь паразитными считателями раковыхъ клѣтокъ.

**Анатомія.** Ракъ матки можетъ развиваться изъ любой части покрытой эпителиемъ поверхности матки, а именно, изъ слизистой оболочки тѣла матки, изъ слизистой оболочки шейки и изъ слизистой оболочки влагалищной части. Сообразно съ этимъ мы различаемъ три главныхъ типа этой болѣзни: ракъ тѣла матки, ракъ маточной шейки и ракъ влагалищной части<sup>1)</sup>. Сначала ракъ ограничивается тою частью органа, гдѣ онъ первично образовался. Впоследствии, однако, разрастаясь по поверхности, онъ переходитъ границы отдѣльныхъ частей. Такимъ образомъ, напримѣръ, первичный cancer corporis uteri распространяется на верхніе отдѣлы шейки.

1) Нѣкоторые гинекологи, съ Schroederомъ во главѣ, различаютъ еще четвертую клиническую форму рака матки — раковый узелъ, развивающійся въ толщѣ шейки. Другіе, какъ Veit, совершенно отрицаютъ эту форму, — по мнѣнію Veit'a, въ подобныхъ случаяхъ имѣетъ мѣсто не ракъ, а эндотелиома. Изслѣдованія Bencke, основанныя на матеріалѣ, обнимающемъ 1249 случаевъ рака матки, показываютъ, что, повидимому, эта форма рака дѣйствительно встрѣчается въ маткѣ, но настолько рѣдко (5 случаевъ на 1249), что гинекологъ-практикъ можетъ ее игнорировать. Въ Казанской акушерско-гинекологической клиникѣ за послѣдніе 10 лѣтъ эта форма рака наблюдалась лишь однажды (на 596 случаевъ).



ракъ шейки — на слизистую оболочку нижняго отдѣла тѣла матки, ракъ влагалищной части — на слизистую оболочку цервикальнаго канала, раки цервикальнаго канала и влагалищной части — на слизистую оболочку рукава. При этомъ, однако, часть матки, послужившая первичнымъ фокусомъ процесса, зачастую представляется пораженною наиболее сильно, вслѣдствіе чего первичный фокусъ за-



Рис. 201. *Carcinoma corporis uteri*. Больная 56 л., дѣвица, 4 г. тому назадъ переставшая менструировать. <sup>3</sup>/<sub>4</sub> года назадъ замѣтила у себя вонючія бѣды безъ примѣси крови. Операция (экстирпация per abdomen) 2/XII 1909. Послѣоперационный періодъ протекъ гладко, но 9/I 1910 смерть отъ нефрита. Вскрытіе: брюшная полость свободна, абсцессы въ правой почкѣ, метастазовъ рака нигдѣ нѣтъ, въ томъ числѣ и въ лимфатическихъ железахъ.

болѣванія можно бываетъ узнать даже при далеко распространившемся ракѣ. Особенно это слѣдуетъ сказать относительно рака тѣла. Напротивъ, рѣшитель, исходитъ ракъ изъ цервикальнаго канала, или изъ влагалищной части, зачастую бываетъ дѣломъ совершенно невозможнымъ, даже на вырѣзанной маткѣ.

Помимо топографической разницы, указанные три формы рака матки различаются между собой и особенностями дальнѣйшаго теченія болѣзни, далѣе — своимъ отношеніемъ къ сосѣднимъ органамъ, особенно къ лимфатической системѣ, и путями распространенія. Наконецъ, различія между этими тремя формами наблюдаются и въ клиническихъ явленіяхъ. Все это оправдываетъ раздѣленіе раковъ матки на три указанныхъ группы.

Ракъ маточнаго тѣла исходитъ какъ изъ поверхностнаго эпителия, выстилающаго полость тѣла, такъ и изъ эпителия железъ. Въ первомъ случаѣ мы находимъ подъ микроскопомъ видѣющіяся въ струму слизистой оболочки сплошные стержни, состоящіе изъ кубическихъ или поліэдрическихъ эпителиальныхъ клѣтокъ; просвѣты железъ обыкновенно отсутствуютъ. Даже и ракъ, развивающійся изъ эпителия железъ, можетъ подъ микроскопомъ давать картину сплошныхъ, лишенныхъ просвѣта тяжей (аденокарцинома). Нерѣдко въ толщѣ стержней, исходящихъ изъ поверхностнаго эпителия, мы встрѣчаемъ сплюснутыя, ороговѣвшія эпителиальныя клѣтки, наложенныя другъ на друга на подобіе луковицы (роговой ракъ). Сравнительно рѣдко встрѣчается третья форма рака тѣла, „ракъ въ видѣ сахарной глазури“ (Ruge, Winter), при которомъ на здоровой, повидимому, слизистой оболочкѣ развиваются, въ видѣ островковъ, довольно объемистыя, плоскостныя, твердыя, opakовыя образования. При этой формѣ имѣетъ мѣсто метаплазія поверхностнаго эпителия и образование плоско-эпителиальнаго рака. Наконецъ, зачастую мы встрѣчаемъ въ слизистой оболочкѣ маточнаго тѣла форму рака съ ясно выраженнымъ аденоматознымъ строеніемъ (аденоматозный цилиндроклѣточный ракъ), при которой дѣло сводится къ массовому чрезмѣрному разрастанію железъ. Послѣднія сохраняютъ при этомъ однослойность эпителия, но чрезвычайно развѣтвляются; межжелезистая соединительная ткань остается между ними лишь въ минимальномъ количествѣ, такъ что эпителиальные цуги отдѣльныхъ железъ лежатъ рядомъ другъ съ другомъ, соприкасаясь своими базальными поверхностями. Несмотря на это чисто аденоматозное строеніе (аденома malignant corporis uteri), эту форму необходимо причислить къ ракамъ, вслѣдствіе ея злокачественнаго характера, наклонности къ разрушенію стѣнокъ матки и образованію метастазовъ, особенно же вслѣдствіе того, что съ дальнѣйшимъ ходомъ болѣзни железистыя трубки всегда превращаются въ лишенные просвѣта эпителиальныя тяжи. Этотъ видъ рака матки похожъ на нѣкоторыя формы раковъ пищеварительнаго аппарата, именно поджелудочной железы.

Заслуживаетъ вниманія, что Е. Кауфманн энергично возстаётъ противъ названія аденома malignant, какъ запутывающаго дѣло и неправильнаго. Онъ подчеркиваетъ, что ни разу еще не встрѣчалъ злокачественной аденомы, но „при внимательномъ изученіи различныхъ участковъ, наряду съ образованиями, обманчиво походившими на железы, всегда встрѣчалъ до того несомнѣнно раковые тяжи, — т. е. тяжи или сплошные, или изъ многихъ рядовъ полиморфныхъ клѣтокъ, — что діагнозъ аденокарциномы могъ быть поставленъ съ несомнѣнностью“. Я избѣгаю выраженія „аденома malignant“, замѣняя его употребленнымъ выше терминомъ „аденоматозный цилиндроклѣточный ракъ“.

Макроскопически ракъ тѣла матки представляется или въ видѣ плоско-бугристаго новообразованія, занимающаго внутреннюю поверхность маточнаго тѣла (рис. 201), или же въ видѣ вдающихся въ полость матки полиповъ (рис. 199, 200 и 202). Послѣдняя картина можетъ получиться при раковомъ перерожденіи бывшей прежде доброкачественною аденомы. Мышечная стѣнка матки представляется часто дряблой и истонченной, такъ какъ раковыя разрастанія могутъ доходить до ея наружной поверхности, которую могутъ даже продырявить; при этомъ происходитъ перфорация органа или въ брюшную полость, или же въ просвѣтъ органовъ, вторично спаянныхъ съ маткой (пузырь, кишка). Въ другихъ случаяхъ стѣнка пораженнаго ракомъ тѣла матки представляется утолщеною вслѣдствіе мелкоклѣточной инфильтраціи, окружающей раковыя массы, или же вслѣдствіе имѣвшагося уже раньше новообразованія соединительной или мышечной ткани<sup>1)</sup>. Благодаря этому, тѣло матки можетъ значительно увеличиться въ своемъ объемѣ — дойти, напр., до величины кулака<sup>2)</sup>. Иногда, далѣе, вслѣдствіе роста рака въ просвѣтъ органа, цервикальный каналъ можетъ оказаться совершенно закрытымъ, и тогда дѣло можетъ дойти до задержки въ маткѣ отдѣляемаго (haematometra, ruometra). Съ теченіемъ времени ракъ, разрастаясь по внутренней поверхности маточной стѣнки, можетъ перейти на верхніе участки слизистой оболочки шейки.

1) По Theilhaber'у, гипертрофія стѣнокъ матки при ракѣ маточнаго тѣла обычно представляетъ собою т. наз. „гипертрофію отъ работы“. Съ этимъ взглядомъ согласенъ и я. В. Г.

2) Въ одномъ изъ нашихъ случаевъ толщина міометрія, при ракѣ тѣла, доходила до 5 сант. В. Г.

Метастазы при ракъ тѣла матки образуются сравнительно поздно, и болѣзнь довольно долго ограничивается лишь маткою. Лишь впоследствии въ процессъ вовлекаются и лимфатическія железы, а затѣмъ и другіе органы.

Ракъ цервикальнаго канала также исходитъ или изъ покровнаго эпителія слизистой оболочки шейки, или изъ эпителія шеечныхъ железъ. Чаще всего онъ представляется подъ микроскопомъ въ видѣ сплошныхъ клѣточныхъ тяжей, состоящихъ изъ покровнаго эпителія, метаплазированнаго въ плоскій эпителія. Относительно гораздо рѣже встрѣчается аденоматозная форма, при которой сохраняется железистый типъ.

Макроскопически этотъ видъ рака матки является или въ полипозной формѣ, — если источникомъ его происхожденія служатъ полипозныя разрастанія слизистой оболочки цервикальнаго канала, или въ видѣ равномерной инфильтраціи стѣнокъ шейки, или, наконецъ, въ видѣ плоской опухоли, исходящей изъ внутренней поверхности шейки. Некротическій распадъ новообразованія наступаетъ при этой формѣ рано; равнымъ образомъ рано происходитъ изъязвленіе опухольной поверхности и внѣдреніе въ опухоль гноеродныхъ микроорганизмовъ.

При дальнѣйшемъ разрастаніи своемъ, ракъ шеечнаго канала можетъ, съ одной стороны, распространиться вверхъ за внутренней маточный зѣвъ, а съ другой — перейти на влагалищную часть и поздне — на рукавъ.

Проростаніе раковыми массами окружающихъ тканей наступаетъ здѣсь быстро, чѣмъ при ракъ маточнаго тѣла: тонкая мышечная стѣнка шейки весьма скоро поражается, а затѣмъ прорободается раковыми разрастаніями, послѣ чего послѣднія неудержимо распространяются по парацервикальной клѣтчаткѣ. При этомъ карциноматозныя массы скоро прирастаютъ къ шейкѣ мочеточники, не поражая сначала ихъ ткани; скоро захватываются процессомъ и лимфатическіе пути, а затѣмъ ближайшія лимфатическія железы (подвздошныя, рѣже — сакральныя). Кроме того, эта форма рака относительно скоро ведетъ къ прорободенію мочевого пузыря и задняго Douglas'ова кармана, сохранившагося въ нормальномъ видѣ или облитерированнаго вслѣдствіе воспалительнаго процесса.

Ракъ влагалищной части возникаетъ или какъ настоящій плоскоклеточный ракъ, изъ эпителія наружной поверхности portiois vaginalis, или изъ аденоидныхъ разрастаній въ окруженіи наружнаго зѣва, или, наконецъ, изъ самаго нижняго отдѣла слизистой оболочки цервикальнаго канала, выворотившейся наружу вслѣдствіе разрывовъ зѣва.

Раки, развивающіеся изъ аденоидныхъ образованій и выворотовъ цервикальной мукосы, по своему микроскопическому строенію совершенно походятъ на ракъ цервикальнаго канала. Въ большинствѣ случаевъ дѣло сводится здѣсь къ внѣдренію въ строму влагалищной части сплошныхъ тяжей, состоящихъ изъ кубическихъ или полиэдрическихъ клѣтокъ, исходнымъ пунктомъ которыхъ является поверхность, покрытая метаплазированнымъ плоскимъ эпителіемъ. Изрѣдка мы встрѣчаемъ здѣсь, впрочемъ, и чисто аденоматозныя формы (adenoma malignum). Какъ и въ цервикальномъ каналѣ, встрѣчается на влагалищной части и роговой ракъ.



Рис. 202. Грибовидный ракъ тѣла, исходящій изъ дна матки. Своеобразный некарциноматозный рубецъ въ области внутренняго зѣва. Больная 55 лѣтъ, замужня, ни разу не рожавшая. Климатерій наступилъ 4 г. тому назадъ. За послѣднее время незначительная, иногда кровянистая выдѣленія. 27.IV.1903 рукавное изсѣченіе матки. Выздоровленіе. Въ 1907 г. еще свободна отъ рецидива.

Изъ сказаннаго выше выходить, что всѣ гистологическія формы рака, — далеко ушедшій впередъ аденоматозный цилиндроклѣточный ракъ, альвеолярный ракъ и плоскоклѣточный ракъ, — могутъ быть встрѣчены во всѣхъ отдѣлахъ матки.

Новыя изслѣдованія Rosthorn'a и Schottländer'a показали, что ни одна изъ этихъ формъ не представляетъ собою чего-либо специфическаго для извѣстнаго отрѣзка матки.

Я уже сказалъ сейчасъ, что въ тѣлѣ матки можно встрѣтить далеко зашедшій аденоматозный цилиндроклѣточный ракъ наряду съ простымъ ракомъ, со сплошными тяжами. Но можно также, напр., на задней губѣ маточнаго зѣва встрѣтить далеко зашедшій аденоматозный цилиндроклѣточный ракъ и одновременно на передней — канкротидъ; далѣе, въ шейкѣ можно, напр., встрѣтить далеко ушедшій аденоматозный цилиндроклѣточный ракъ, а въ трубахъ — аденокарциному и въ яичникахъ — плоскоклѣточный ракъ (Rosthorn) и т. п.



Рис. 203. Carcinoma canalis cervicalis. Больная 47 лѣтъ, рожала трижды, послѣдній разъ 20 лѣтъ тому назадъ. Уже 9 мѣсяцевъ у нея имѣются безпрестанныя кровоточенія. Полная экстирпация 20 мая 1890 г. Выздоровленіе. Рисунокъ въ нижней своей части изображаетъ сильно расширенный, съ истонченными стѣнками цервикальный каналъ, изъ котораго передъ операцией было выскоблено много раковыхъ массъ. Нижнюю границу распространенія рака является наружный маточный зѣвъ. Мышечная оболочка шейки еще нигдѣ не продравлена ракомъ. Верхняя часть рисунка представляетъ толстое, мускулистое маточное тѣло. Въ полости послѣдняго замѣчается мѣстами разстройство слизистой оболочки, но не раковаго характера: по направленію вверхъ ракъ не перешелъ еще за границу внутренняго зѣва.

Отсюда, въ соотвѣтствіи съ клиническими наблюденіями, пристокаетъ весьма важное для терапіи рака матки правило, а именно, что на основаніи гистологической картины рака нельзя заключать о болѣе или меньшей его злокачественности.



Рис. 204.

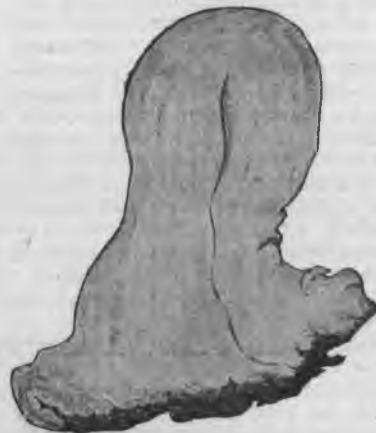


Рис. 205.

Рис. 204. Мозговидный ракъ шейки. Раковые узлы рѣзко выдѣляются на фонѣ здоровой мускулатуры шейки. Полная экстирпация per vaginam. Выздоровленіе.

Рис. 205. Плоскоэпителиальный ракъ влагалищной части. Полная экстирпация per vaginam. Выздоровленіе.

Между тѣмъ какъ исходящіе изъ наружной поверхности влагалищной части раки имѣютъ преимущественно характеръ плоскаго, поверхностно ползущаго новообразованія (канкроидъ, *ulcus rodens*), — раки, возникающіе на мѣстѣ выворотовъ цервикальной мукозы, очень часто являются въ видѣ объемистыхъ опухолей грибовидной формы или формы цвѣтной капусты. Часто раковымъ процессомъ поражается только одна, въ большинствѣ случаевъ, повидимому, задняя губа влагалищной части. Наружный маточный зѣвъ запухаетъ и становится трудно отыскиваемымъ какъ при изслѣдованіи пальцемъ, такъ и при осмотрѣ зеркаломъ. Свободная поверхность этихъ опухолей по большей части имѣетъ рѣзкій сине-красный цвѣтъ, бородавчата и покрыта омертвѣлыми, распадающимися массами, инфицированными большимъ количествомъ гноеродныхъ микробовъ.



Рис. 206. Ракъ влагалищной части ev. нижней части шейки въ видѣ цвѣтной капусты. Полная экстирпація per vaginam. Выздоровленіе.

Иногда новообразованіе, — будетъ-ли это ракъ цервикальнаго канала, или ракъ влагалищной части, — заполняетъ собою просвѣтъ шейки. Послѣдствіемъ этого является застой маточнаго секрета и, благодаря дѣйствію микробовъ, развитіе піометры.

При дальнѣйшемъ ростѣ ракъ влагалищной части, какъ и ракъ цервикальнаго канала, распространяется по направленію къ рукаву, причемъ пограничные участки рукавной стѣнки поражаются имъ уже очень скоро. Иногда раковый процессъ можетъ поразить большую часть влагалища прежде, чѣмъ наступитъ смерть больной вслѣдствіе вторичныхъ заболѣваній. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ при этомъ происходитъ прободеніе въ пузырь.

Напротивъ, вверхъ, по направленію къ маткѣ, эта форма рака обыкновенно не распространяется.

Тазовая клѣтчатка, лимфатическіе сосуды и железы (подвздошныя) при ракахъ, исходнымъ пунктомъ которыхъ является егіоріоп, и при ракахъ цервикальнаго канала, поражаются, сравнительно, рано; что касается рака наружной поверхности влагалищной части, то онъ дольше ограничивается мѣстомъ своего первоначальнаго развитія.

Съ тѣхъ поръ, какъ, послѣ моихъ работъ и работъ моего ученика Reiser'a, состояніе лимфатическихъ железъ при ракъ матки нашло себѣ подробную оцѣнку, многочисленные изслѣдователи занимались макро- и микроскопической анатоміей лимфатическаго аппарата въ связи съ раковымъ пораженіемъ матки. Относительно макроскопической анатоміи см. ниже, особенно рис. 214.

При ракъ матки железы оказываются въ различномъ состояніи. Онѣ могутъ быть увеличены или имѣть нормальную величину. Въ томъ и другомъ случаѣ онѣ могутъ быть поражены раковыми метастазами. Однако и при отсутствіи послѣднихъ железы могутъ оказаться сильно припухшими — подъ вліяніемъ воспаленія, приче́мъ въ этомъ случаѣ онѣ нерѣдко содержатъ массу микробовъ, именно стрептококков<sup>1)</sup>.



Рис. 207. Аденокарцинома шейки и влагалищной части. Модифицированная операция Freund'a 10 апрѣля 1900 года. Выздоровленіе. Эпителій въ опухоли отчасти сохранилъ железистое расположеніе, отчасти образовалъ сплошные тяжи.

Помимо очевидныхъ раковыхъ метастазовъ, въ железахъ зачастую можно встрѣтить включенія, состоящія изъ эпителиальныхъ, железоподобныхъ трубокъ. Нѣкоторые изслѣдователи (Wertheim) признаютъ эти включенія карциноматозными, другіе же (Meuser, Kermauner), и съ большимъ правомъ, видятъ въ нихъ невинныя образованія.

Аналогичныя явленія обнаруживаются и въ лимфатическихъ сосудахъ, которые проходятъ между железами и первичнымъ гнѣздомъ рака.

Мочеточники при ракъ шейки рано окружаются раковыми массами и фиксируются или сдавливаются въ своихъ околосоечныхъ частяхъ.

Весьма своеобразнымъ является встрѣчающееся при всѣхъ трехъ формахъ рака матки заболѣваніе эндометрія, не вовлеченнаго въ раковый процессъ. Заболѣваніе это особенно рѣзко бываетъ выражено въ слизистой оболочкѣ маточнаго тѣла при ракахъ цервикальнаго канала и влагалищной части. Здѣсь дѣло сводится къ разлитой мелкоклѣтчатковой инфильтраціи, на которую надо смотрѣть, какъ на воспалительную реакцію, проявляющуюся въ слизистой оболочкѣ передъ, во время и послѣ развитія рака. Landau ошибочно счелъ эту инфильтрацію за саркоматозную.

Иногда въ маткѣ и во влагалищѣ встрѣчаются такъ называемые „двойные раки“, при которыхъ мы находимъ изолированные раковые узлы въ маточномъ тѣлѣ, въ шейкѣ, на portio vaginalis и стѣнкѣ рукава<sup>2)</sup>. Въ подобныхъ



Рис. 208. Carcinoma simplex portionis vaginalis (въ видѣ цветной капусты). Полная экстирпация per vaginam. Выздоровленіе.

1) Иногда даже значительно увеличенныя лимфатическія железы подъ микроскопомъ оказываются свободными отъ метастазовъ рака, а едва увеличенныя — заключающими послѣдніе. Иногда, далѣе, въ ряду железъ ближайшія къ первичному раковому гнѣзду не содержатъ заносовъ рака, а въ болѣе отдаленныхъ микроскопъ обнаруживаетъ ихъ наличность. В. Г.

2) Brunet, изслѣдуя отдѣлы женскаго полового аппарата, удаленные

случаяхъ иногда дѣло сводится къ прививочнымъ метастазамъ, которые возникаютъ вслѣдствіе отдѣленія жизнеспособныхъ элементовъ опухоли и попадания ихъ на удаленныя отъ главнаго фокуса мѣста маточной или рукавной стѣнки, гдѣ они прививаются и начинаютъ разрастаться, какъ то часто бываетъ въ брюшной полости. Въ другихъ случаяхъ, однако, образование такихъ раковыхъ узловъ объясняется переносомъ частичекъ опухоли черезъ лимфатическіе пути, пробѣгающіе поверхностно, отчего и метастазы оказываются, при своемъ разрастаніи, сидящими на поверхности (см. гл. VI). Seelig доказалъ, что расширенная лимфатическая сѣть, проходящая между мышечными слоями, соединяетъ даже самые отдаленные участки маточнаго тѣла и шейки и можетъ служить путемъ для распространенія рака.

Равнымъ образомъ и болѣе отдаленные метастазы возникаютъ почти исключительно при посредствѣ лимфатическихъ путей и лишь весьма рѣдко черезъ посредство кровеносныхъ сосудовъ. Первымъ этапомъ на пути распространенія рака съ нижнихъ частей маточнаго тѣла, шейки и влагалищной части являются железы (1—3), расположенныя въ области раздвоенія *arteriae iliacae externae et arteriae hypogastricae*. Отсюда лимфатическій токъ направляется по ходу *arteriae iliacaе communis* и аорты къ расположеннымъ здѣсь нижнимъ поясничнымъ желе-



Рис. 209. Carcinoma portionis vaginalis. Больная 33 лѣтъ. Модифицированная операція Freund'a. Выздоровленіе.



Рис. 210. Endometritis post abortum. Межжелезистая соединительная ткань развита слабо. Железы растянуты, и въ ихъ просвѣтъ вдаются многочисленные эпителиальные отростки.



замъ (*glandulae lumbales inferiores*), отсюда къ верхнимъ поясничнымъ железамъ, а отъ нихъ къ *glandulae coeliacae*, лежащимъ вокругъ ствола воротной вены, позади *duodenum*. Въ одномъ случаѣ рака я нашелъ эти послѣднія железы до того увеличенными, что онѣ сдавливали *ductus choledochus* и вызвали застойную желтуху. Относительно рѣдко первымъ этапомъ по пути лимфатическаго тока являются *glandulae sacrales*, т.-е. железы, лежащія справа и слѣва около тѣлъ верхнихъ крестцовыхъ позвонкахъ (*Peiser*) (см. рис. 214). Въ противоположность мнѣнію *Wintera* слѣдуетъ замѣтить, что при ракъ цервикальнаго канала и ракъ, исходящемъ изъ *ectopion'a*, подвздошныя железы поражаются сравнительно рано.



Рис. 211. Аденоматозный цилиндроклѣточковый ракъ тѣла матки (*adenoma malignum*). Полная экстирпация матки *per vaginam*. Все поле зрѣнія занято разросшимися железистыми образованиями, состоящими изъ однослойнаго эпителия. Межжелезистой ткани весьма мало.

точного тѣла, опухоли эти могутъ препятствовать разрастанію раковыхъ массъ въ глубину.

Симптомы, которыми проявляется ракъ влагалищной части и шейки, обусловливаются, какъ это имѣетъ мѣсто при всѣхъ ракахъ, сначала первичною опухолью, а затѣмъ также и ея метастазами. Обыкновенно раковыя больныя обращаются къ врачу изъ-за кровотеченій, которыя вначалѣ, если больная находится еще въ возрастѣ полной половой дѣятельности, носятъ характеръ меноррагій. Кровотеченія эти могутъ быть очень незначительны; внѣ мѣсячныхъ у больной могутъ быть только водянисто-слизистыя выдѣленія, лишь немного болѣе обильныя, чѣмъ нормально; всѣ функціи полового аппарата, въ томъ числѣ и способность къ зачатію, могутъ нисколько не страдать.

Бываютъ случаи, когда даже и эти незначительныя аномаліи

Маскеллотомъ при ракъ матки, въ 42,6% всѣхъ случаевъ послѣдняго могъ открыть раковыя метастазы въ стѣнкѣ рукава. В. Г.

1) Изъ 32 больныхъ съ ракомъ тѣла матки, наблюдавшихся въ Казанской клиникѣ, вторичный ракъ яичниковъ имѣлъ мѣсто у 2, а изъ 564 больныхъ съ раками шейки — у 1. В. Г.

2) Изъ 134 стационарныхъ больныхъ съ ракомъ матки, лежавшихъ въ Казанской клиникѣ съ 1900/1 по 199/10 уч. г., фиброміомы матки наблюдались у 8. В. Г.

Изъ другихъ органовъ, въ которые даетъ метастазы ракъ матки, слѣдуетъ упомянуть прежде всего о печени; рѣже заболѣваютъ легкія (при посредствѣ кровеносныхъ сосудовъ — эмболически), а еще рѣже почки, кишечный трактъ и отдаленныя лимфатическія железы. Очень рѣдко при ракъ маточнаго тѣла встрѣчается вторичный ракъ яичника 1).

Сочетанія рака съ другими опухолями довольно часты. Такъ, я встрѣчалъ въ тѣлѣ матки, при ракъ шейки и влагалищной части, доброкачественныя слизистыя полипы. Нерѣдко одновременно съ ракомъ встрѣчаются міомы матки, что, конечно, объясняется ихъ сравнительною частотою 2). Существова одновременно съ карциномой ма-



секреціи проявляются такъ поздно, что карциноматозный процессъ успѣетъ уже далеко зайти впередъ, прежде чѣмъ больныя замѣтятъ незначительное усиленіе слизистыхъ и менструальныхъ истеченій. Особенно подозрительны кровотеченія, хотя-бы даже незначительныя, появляющіяся послѣ наступленія климактерія. Чаще всего такимъ образомъ даютъ о себѣ знать раки тѣла матки, для которыхъ самый благопріятный возрастъ и безъ того наступаетъ позже, чѣмъ для раковъ влагалищной части и шейки.



Рис. 212. *Carcinoma corporis uteri*. На рисункѣ видны (около середины) здоровыя железы наряду съ раково-перерожденными. Больная 32 л., ранѣе имѣла гоноррею, замужемъ 12 л., безплодна; 4 г. назадъ выскабливаніе; около 3½ г. постоянныя кровотеченія; необыкновенно жирныя стѣнки живота. Матка экстирпирована *per vaginam* 8/VII 1907. Выздоровленіе гладкое. При операціи матка найдена сильно сращенною, въ тѣлѣ ея найдено плоскостное, едва выраженное макроскопически поражение слизистой оболочки ракомъ.

Кромѣ менструальнаго прилива крови, кровотеченія при ракѣ матки могутъ быть обусловливаемы поврежденіями наружной поверхности легко ранимой опухоли<sup>1)</sup>. Для этого достаточно физио-

1) Въ происхожденіи кровотеченій при ракѣ весьма важную этиологическую роль играютъ измѣненія стѣнокъ сосудовъ. По изслѣдованіямъ Кеифега, измѣненія эти наступаютъ при ракѣ еще въ то время, когда окружающія ткани остаются, повидимому, нетронутыми ракомъ. В. Г.

логическихъ движеній матки и тренія влагалищной части объ заднюю стѣнку рукава. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ дѣло сводится здѣсь къ инсульту со стороны проходящихъ по прямой кишкѣ каловыхъ массъ и механическимъ поврежденіямъ вслѣдствіе половыхъ сношеній. Если раковый узелъ еще малъ, то такія маленькія поврежденія наружной его поверхности заживаютъ; въ болѣе позднихъ стадіяхъ заживленія болѣе не происходитъ, раковая опухоль лишается поверхностнаго эпителія и изъязвляется. Съ этого момента кровотока дѣлаются болѣе постоянными и прерываются лишь на нѣкоторое время гнойными бѣлами.

Чрезвычайно важно, что болѣе *cancer portiois vaginalis*, пока онъ ограничивается только влагалищной частью, не вызываетъ никакихъ, но какъ только

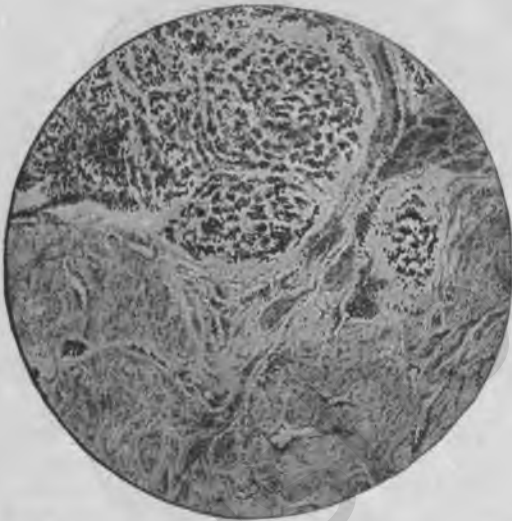


Рис. 213. *Cancer corporis uteri* вмѣстѣ съ объемистой интерстиціальной миомой. Больная 48 лѣтъ, замужняя, но бездѣтная. Уже два года у нея имѣются сильныя кровоточенія и бѣлы. Полная экстирпация матки *per abdomen*. Выздоровленіе. Вся полость матки, объемъ которой больше дѣтской головки, наполнена рыхлой, изборожденной, легко распаляющейся бѣлой массой. На рисунокѣ вверху видна раковая ткань, а внизу, направо и налѣво, — миоматозная.

появились метастазы въ параметріяхъ, у больныхъ начинаются тягостныя ощущенія въ крестцѣ и непріятное чувство давленія въ тазу. Хотя сначала больныя и не называютъ этихъ ощущеній болями, однако, благодаря своему постоянству, они чрезвычайно мучительны и отравляютъ больнымъ существованіе, зачастую лишая ихъ даже сна. Къ нимъ присоединяются еще кровоточенія и гноевидныя, вонючія бѣлы. Больныя дѣлаются малокровными, кахектичными, на лицѣ ихъ рисуется психическое и физическое страданіе. Все это составляетъ характерную картину далеко ушедшаго впередъ карциноза. Далѣе, вслѣдствіе образованія твердыхъ инфильтратовъ въ параметріяхъ, мочеточники сжи-

маются въ нижнихъ своихъ отдѣлахъ, и мочеиспусканіе встрѣчается значительныя препятствія, вслѣдствіе чего у больныхъ развивается гидронефрозъ, который, хотя въ большинствѣ случаевъ и не достигаетъ высокой степени, однако, съ одной стороны, усиливаетъ тягостныя боли въ спинѣ, а съ другой — увеличиваетъ гидрэмію. Иногда функціи почекъ могутъ быть до того разстроены, что наступаютъ тяжелыя урэмическія явленія, сопоръ и судороги. Кромѣ того, вслѣдствіе образованія параметральныхъ же инфильтратовъ, у больныхъ могутъ развиваться и тягостныя запоры.

Еще болѣе тяжелый отгѣнокъ получаетъ эта печальная картина, когда въ опухоли начинаютъ происходить энергичныя про-

цессы распада. Вслѣдствіе омертвѣнія раковыхъ массъ, между маткой герр. верхней частью влагалища и пузырьемъ могутъ образоваться пузырно-влагалищныя свищи, а вслѣдствіе аналогичнаго процесса позади матки — *fistulae recto-vaginales*, которыя, впрочемъ, встрѣчаются у раковыхъ больныхъ рѣже, чѣмъ первыя. Еще рѣже, вслѣдствіе распада опухоли, разрушается стѣнка задняго *Douglas'ova* кармана. Въ такихъ случаяхъ я видѣлъ выпаденіе тонкихъ кишокъ въ рукавъ и даже наружу. При поступленіи больныхъ въ клинику, петли эти оказывались уже омертвѣвшими, и больныя нѣсколько часовъ спустя погибали.

Впрочемъ до столь громадныхъ разрушеній дѣло доходить не часто: обыкновенно ракъ уже ранѣе убиваетъ больную. Смерть чаще всего наступаетъ отъ истощенія, причемъ иногда жизненныя функціи угасаютъ уже въ то время, когда въ болѣе отдаленныхъ органахъ нѣтъ большихъ метастазовъ. Рѣже больныя гибнутъ въ припадкахъ урэміи, нефрита или гнойнаго перитонита. Еще рѣже онѣ умираютъ вслѣдствіе метастазовъ въ легкихъ и въ плеврѣ, которые придаютъ предсмертной картинѣ характеръ внезапнаго пораженія дыхательныхъ органовъ. Наконецъ, еще рѣже больныя гибнутъ внезапно отъ эмболии, источникомъ которой служитъ обычно тромбозъ *v. hypogastricae* et *v. cruralis*.



Рис. 214. Лимфатическія железы подчревной области. Аорта и нижняя полая вена въ мѣстѣ ихъ развѣтвленія на общія подвздошныя артеріи и вены (aa. et vv. iliacae communes), въ свою очередь дѣляющіяся на наружныя и внутреннія подвздошныя артеріи и вены (aa. et vv. iliacae externae et internae s. hypogastricae). У мѣста расхожденія наружныхъ и внутреннихъ подвздошныхъ сосудовъ лежатъ справа три, а слева два *glandulae iliacae*. Это — первый этапъ по ходу лимфатическихъ сосудовъ, идущихъ отъ шейки и влагалищной части матки. На *aorta descendens* находятся три, а на *v. cava* одна *glandulae lumbales inferiores* (второй этапъ). На *a. iliaca communis dextra* и на *v. iliaca communis sinistra* находится по одной *glandulae sacrales* (принадлежатъ къ первому железистому этапу на пути лимфатическихъ сосудовъ, идущихъ отъ шейки и влагалищной части матки).

Обыкновенно раковыя больныя еще задолго до смерти бываютъ истощены, какъ скелеть. Вообще нѣтъ рака, который-бы могъ вызвать такую ужасную картину истощенія организма, какъ ракъ матки.

Главнымъ симптомомъ рака маточнаго тѣла являются продолжительныя кровотеченія, которыя наступаютъ то ранѣе, то позже послѣ прекращенія мѣсячныхъ; впоследствии, когда начнутъ распадаться поверхностныя раковыя массы, къ нимъ присоединяются гнойныя бѣли. Разрушенія вслѣдствіе распада ткани при этой формѣ рака далеко не такъ ужасны, какъ при ракѣ влагалищной части. Въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни дѣло рѣдко доходитъ до образованія свищей между полостью матки и одной или нѣсколькими, спяянными съ маткой, кишечными петлями. Также и метастазы, какъ было уже сказано выше, появляются здѣсь относительно поздно. Зачастую больныя при этой формѣ рака подвергаются кахексіи и малокровію еще въ то время, когда опухоль ограничивается одною маткой.

**Діагнозъ.** При такомъ страданіи, какъ ракъ матки, который, будучи во-время распознанъ, можетъ быть съ большой вѣроятностью излеченъ на продолжительное время путемъ операціи, — все должно быть направлено къ тому, чтобы своевременно диагностировать болѣзнь. Если же мы и въ настоящее время не видимъ этого, — если раковыя больныя нерѣдко обращаются къ специалисту съ болѣзнию, уже далеко зашедшею впередъ<sup>1)</sup>, то это происходитъ отнюдь не потому, что распознаваніе начинающагося рака матки встрѣчаетъ непреодолимыя трудности, а лишь потому, что во многихъ случаяхъ больныя остаются безъ гинекологическаго изслѣдованія. Если-бы въ каждомъ случаѣ, гдѣ имѣются на лицо симптомы, указывающіе на заболѣваніе половыхъ органовъ, больныя обращались къ врачу для изслѣдованія, то было-бы своевременно распознано немало раковъ, которые теперь поступаютъ въ руки специалистовъ недоступными для радикальной операціи. Начальными симптомами, указывающими на необходимость гинекологическаго изслѣдованія, являются неправильности менструаціи и бѣли. Если у больныхъ даже и нѣтъ еще сильныхъ мено- и метроррагій, или обильныхъ гнойныхъ, сукровичныхъ или вонючихъ бѣлей, — все-таки уже и менѣе значительныя неправильности должны побуждать пациентокъ и пользующихъ ихъ врачей прибѣгать къ изслѣдованію половой сферы, особенно, если больная находится въ возрастѣ благоприятномъ для развитія рака, т. е. если ей около 40—50 лѣтъ. Если бимануальное изслѣдованіе и изслѣдованіе при помощи зеркалъ не дасть никакихъ точекъ опоры для діагноза, то нужно прибѣгнуть или къ микроскопическому изслѣдованію, или къ діагнозу путемъ исключенія, причемъ въ случаѣ нужды необходимо воспользоваться помощью специалиста.

При этомъ мы нѣсколько не отрицаемъ, что многіе раки матки лишь тогда обуславливаютъ собою вышеуказанныя аномаліи маточной секреціи, когда они уже находятся въ неизлечимой стадіи. Внутренняя публичкѣ и акушеркамъ, что это опасное заболѣваніе обычно подкрадывается тайкомъ и можетъ развиваться безъ особенныхъ проявленій, мы можемъ принести одну только пользу.

Такъ, Winter недавно систематически организовалъ, путемъ печати, ознакомленіе публики, повивальныхъ бабокъ и врачей съ ракомъ матки въ провинціи Пруссіи. Не слѣдуетъ, — по его мнѣнію, — ограничиваться оперативнымъ леченіемъ раковъ, случайно попавшихъ въ руки гинеколога, а слѣдуетъ выискивать эту опасную болѣзнь. Тогда ее можно и ранѣе открывать, и совсременнѣе оперировать, чѣмъ это дѣлалось до сихъ поръ.

Примѣръ Winter'a нашелъ много подражателей. Въ послѣдніе годы гинекологи и гинекологическія общества постоянно обращаются къ публичкѣ, акушеркамъ и врачамъ съ напоминаніями и поученіями относительно ранняго распознаванія рака матки. Уже теперь сказываются и результаты этого; и акушерки, и врачи, и сама публика обращаютъ гораздо большее вниманіе на начальныя симптомы рака, вслѣдствіе чего болѣзнь эта начинаетъ попадать въ руки операторовъ въ болѣе раннихъ стадіяхъ, чѣмъ прежде. Такъ, у Winter'a послѣ его печатныхъ обращеній процентъ оперируемыхъ раковъ поднялся съ 54 до 71.

**Діагнозъ рака влагалищной части обыкновенно нетруденъ.** Для опытнаго врача въ большинствѣ случаевъ достаточно одной пальпаціи, для менѣе же опытнаго необходимо изслѣдованіе при помощи зеркалъ. Трудною для діагноза является эта форма рака лишь въ начальныхъ стадіяхъ своего развитія. Такъ, напр., иногда бываетъ

нелегко отличить от начинающагося рака естрогiон слизистой оболочки шейки съ сильной воспалительной гипертрофiей вывороченной части ея.

Равнымъ образомъ иногда воспалительныя опуханія влагалищной части вслѣдствiе обильной секретiи пзъ матки, затѣмъ — измѣненiя, вызванныя выдренiемъ во влагалищную часть мiомъ, и гипертрофiя *portionis vaginalis* при существовавшемъ ранѣе, но въ данное время вправленномъ проляпсѣ, — могутъ быть приняты за ракъ. Своеобразная твердость ткани и наклонность къ кровотечениямъ даже при легкомъ прикосновенiи говорятъ въ этихъ случаяхъ въ пользу діагноза карциномы.

Еще лучше въ такихъ сомнительныхъ случаяхъ произвести пробную эксцизию изъ подозрительнаго мѣста, тщательно закрыть рану швомъ и изслѣдовать вырѣзанный кусочекъ подъ микроскопомъ<sup>1)</sup>. Весьма практичный инструментъ для такой пробной эксцизии представляютъ собою щипцы *Schubert's*.

Зачастую легко бываетъ распознать путемъ одной пальпации и ракъ цервикальнаго канала, если только шейка широко раскрыта и доступна для изслѣдующаго пальца; при этомъ мы ощущаемъ на стѣнкахъ цервикальнаго канала неправильно расположенныя, бугристыя узлы, которые при дотрогиванiи сильно кровоточатъ.

Если наружный маточный зѣвъ, какъ это имѣетъ мѣсто у нерожавшихъ женщинъ, закрытъ, то важнымъ діагностическимъ признакомъ служатъ суровичныя и ихорозныя бѣли, а также вздутiе шейки, которое легко констатировать путемъ ощущенiя. Оконча-



Рис. 215. Щипцы для изсѣченiя кусочковъ изъ подозрительной влагалищной части, съ цѣлью микроскопическаго изслѣдованiя. По Schubert'у.

1) Для отличiя доброкачественныхъ эрозiй и выворотовъ слизистой оболочки цервикальнаго канала отъ начинающагося рака влагалищной части можно также, особенно въ частной практикѣ, прибѣгать къ способу, горячо рекомендованному *Heitzmann*'омъ. Способъ этотъ состоитъ въ томъ, что къ пораженной поверхности влагалищной части прикладываютъ на 1—2 минуты кусокъ ваты, смоченной въ 10% растворѣ мѣднаго купороса. Если въ данномъ случаѣ имѣется естрогiон, то вывороченная пшосоа, подъ влiянiемъ прижиганiя, поблѣднѣетъ, если — ссадина, то поверхность ея покроеется голубоватымъ налетомъ. Въ томъ и другомъ случаѣ, вытирая прижженную поверхность кусочкомъ чистой ваты, мы не получимъ на ватѣ ни капли крови. При повторенiи прижиганiя съ промежутками въ 2—3 дня доброкачественная эрозiя заживаетъ въ 1—2 недѣли. Если же, при вытиранiи прижженной ссадины сухой ватой, на послѣдней окажутся слѣды крови, причѣмъ эро-



тельно въ такихъ случаяхъ діагнозъ можетъ быть поставленъ путемъ микроскопическаго изслѣдованія выскобленныхъ кусочковъ цервикальной мукозы.



Рис. 216. *Erosio papillaris* влагалищной части. Поверхностный эпителий уцѣлѣлъ, железы наполнены секретомъ и нѣсколько расширены. Пробная эксцизия.

Совершенно то же самое слѣдуетъ сказать и относительно распознаванія рака маточнаго тѣла. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, особенно, если ракъ захватилъ и шейку, и если каналъ послѣдней настолько расширенъ, что въ полость матки можно проникнуть пальцемъ, — на стѣнкахъ ея могутъ быть прощупаны бугристыя, твердая, а если имѣется уже некрозъ, то и рыхлыя массы. Если ка-

зия будетъ кровоточить и при вытираніи послѣ вторичнаго прижиганія, то такую эрозію слѣдуетъ считать подозрительной. Чтобы окончательно удостовѣриться въ злокачественной натурѣ эрозіи, слѣдуетъ прижечь послѣднюю ляписомъ или полуторохлористымъ желѣзомъ, выждать нѣсколько дней и опять повторить прижиганіе 10 % растворомъ купороса съ послѣдующимъ вытираніемъ ватой. Если и при этомъ эрозія будетъ кровоточить, то, значитъ, мы имѣемъ дѣло съ начинающимся ракомъ и должны прибѣгнуть къ энергичному хирургическому вмѣшательству.

В. Г.

наль шейки не пропускаетъ изслѣдующаго пальца, то сапсег согроріс uteri можетъ быть заподозрѣнъ или на основаніи увеличенія маточнаго тѣла, — впрочемъ, обыкновенно умѣреннаго, — или на основаніи ненормальности и силы кровотеченій, или, наконецъ, на основаніи сукровичныхъ выдѣленій изъ матки. Окончательно діагнозъ въ подобныхъ случаяхъ устанавливается опять-таки путемъ пробнаго выскабливанія и микроскопическаго изслѣдованія выскобленныхъ кусочковъ. При этомъ выскабливаніе слѣдуетъ здѣсь производить съ особенной осторожностью, такъ какъ иначе легко перфорировать перерожденную стѣнку матки. Въ то же время выскабливаніе слѣдуетъ дѣлать достаточно широко, чтобы не пройти мимо раковаго фокуса, ограниченнаго иногда лишь небольшимъ пространствомъ, и не получить для изслѣдованія кусочковъ еще здоровой или только воспаленной мѣккы. Что касается расширенія шейки съ цѣлью сдѣлать полость матки доступною для изслѣдующаго пальца, то его слѣдуетъ избѣгать или, самое большое, примѣнять въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ цервикальный каналъ можно легко расширить въ одинъ сеансъ дилататорами; расширеніе же такими средствами, какъ ламинаріи, легко ведетъ къ раздавливанію и послѣдующей резорбціи инфицированныхъ раковыхъ массъ, — осложненію очень неприятому, особенно если имѣть въ виду въ дальнѣйшемъ операцію. Впрочемъ при ракъ тѣла шеечный каналъ бываетъ зачастую очень широкъ, хотя и не настолько, чтобы пропустить палець.

По отношенію къ микроскопическому изслѣдованію рака имѣетъ силу все то, что было сказано выше объ анатоміи этой болѣзни, а равно то, что будетъ сказано въ главѣ, посвященной гинекологической діагностикѣ. Нужно остерегаться принимать за результатъ атипическаго роста эпителиа косые срѣзы черезъ плоскій эпителий влагалищной части и нижнихъ отдѣловъ шейки. Важно помнить то обстоятельство, что при образованіи рака исчезаютъ шипы и зубцы клѣтокъ Malpighi'eva слоя; важны также неправильности митозовъ (Atapn). Иногда аденоматозный цилиндрикоклѣточный ракъ трудно бываетъ отличить отъ простой аденомы; обыкновенно, однако, при тщательномъ изслѣдованіи въ аденокарциномѣ можно найти сплошныя альвеолярныя образованія 1).

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ сходную съ ракомъ макроскопическую и клиническую картину даютъ, въ тѣлѣ и шейкѣ матки, эндотелиомы (Rosthorn, Kropfer), т. е. опухоли, принадлежащія къ группѣ саркомъ. Онѣ очень рѣдки и отличаются своею злокачественностью 2).

Рѣдко также встрѣчаются въ высшей степени злокачественныя опухоли изъ децидуальныхъ клѣтокъ, тоже принадлежащія къ саркомамъ (2 случая изъ моей клиники описано Fuchs'омъ).

Для терапіи рака матки чрезвычайно важно опредѣлить, являются-ли параметріи еще свободными, или же одинъ изъ нихъ, а то и оба уже инфильтрированы. Для разрѣшенія этого вопроса въ боль-

1) Чрезвычайно подозрительными, въ смыслѣ діагноза начинающагося рака, являются мѣста на поверхности слизистой оболочки матки, гдѣ покровный цилиндрической эпителии превратился въ плоскій. По наблюденіямъ Hirschman'a, такая метаплазія не встрѣчается при доброкачественныхъ заболѣваніяхъ матки, напр. эндометритахъ. Однако это положеніе можно принять лишь съ большими оговорками. Несомнѣнно, иногда метаплазія покровнаго эпителиа въ маткѣ наблюдается даже при чисто-физиологическихъ условіяхъ, напр., въ цервикальномъ каналѣ во время беременности. В. Г.

2) Какъ я убѣдился, иногда сходную съ ракомъ макроскопическую картину могутъ давать и настоящія саркомы. Такъ, напр., въ одномъ случаѣ я наблюдалъ саркому влагалищной части въ видѣ цвѣтной капусты, которая лишь при микроскопическомъ изслѣдованіи могла быть дифференцирована отъ рака. В. Г.

шинствѣ случаевъ достаточно произвести изслѣдованіе *per rectum*, даже безъ наркоза. При ракѣ маточнаго тѣла, гдѣ, конечно, инфильтрація должна лежать выше, къ такому изслѣдованію необходимо прибѣгать чаще. Если параметріи свободны, то немедленно надо приступить къ операціи; если же параметріи представляются пораженными, то при помощи клиническихъ методовъ изслѣдованія иногда бываетъ трудно установить, является-ли данный инфильтратъ результатомъ распространенія рака, или же остаткомъ прежде бывшаго параметрита. Если въ инфильтратѣ различаются отдѣльные узлы и выступы, то мы рѣдко ошибемся, принявъ его за карциноматозный; если же при прощупываніи *per rectum* инфильтратъ представляется гладкимъ, то вопросъ остается открытымъ. Иногда важныя точки опоры для діагноза даетъ анамнезъ; но и здѣсь мы должны не упускать изъ виду того обстоятельства, что старые параметритическіе инфильтраты часто содержатъ въ себѣ расширенныя лимфатическіе сосуды и потому благоприятствуютъ распространенію карциномы. Вообще, если даже на основаніи анамнеза параметритическій инфильтратъ можно отнести къ существовавшему раньше воспаленію, — и тогда инфильтрація параметріевъ при наличности рака матки является крайне подозрительной<sup>1)</sup>.

Равнымъ образомъ и послѣдствія тазоваго перитонита и сальпинго-оофорита могутъ симулировать собою раковую инфильтрацію параметріевъ. Пиосальпинксы при ракѣ матки не составляютъ рѣдкости.

Пораженныя новообразованіемъ подвижныя железы, если онѣ сильно увеличены и если брюшныя покровы тонки, могутъ быть прощупаны въ томъ мѣстѣ, гдѣ начинается задній полукругъ тазоваго кольца. Если брюшныя покровы толсты, то прощупываніе дѣлается подъ наркозомъ, при сильной флексіи соответствующаго бедра. Такимъ же образомъ можно прощупать и припухшія лимфатическія железы, лежація на брюшной аортѣ или возлѣ нея, а равно и болѣе отдаленныя метастазы, напр. въ печени.

Въ сомнительныхъ случаяхъ послѣ одного пальпаторнаго изслѣдованія изслѣдователь всегда остается въ недоумѣніи, возможна въ данномъ случаѣ экстирпація пораженной матки, или нѣтъ. Вопросъ этотъ можетъ быть разрѣшенъ лишь послѣ осмотра и ощупыванія тазовыхъ органовъ со стороны живота. Нѣкоторые раки, которые на основаніи бимануальной пальпаціи представляются неоперабельными, послѣ вскрытія живота оказываются доступными для радикальной операціи. Бываетъ, однако, и наоборотъ. Иногда недоступныя для удаленія пакеты железъ обнаруживаются лишь во время лапаротоміи. Такимъ образомъ только послѣ этой послѣдней возможно съ полною точностью распознать, доступенъ-ли ракъ радикальному леченію. Уже одно это обстоятельство ставитъ абдоминальную экстирпацію матки при ракѣ гораздо выше рукавной.

1) Кромѣ прощупыванія инфильтратовъ въ тазовой клѣтчаткѣ, для опредѣленія того, ограничивается-ли ракъ одной маткой, — важное значеніе имѣютъ жалобы больныхъ. Если пациентка, у которой при изслѣдованіи опредѣляется ракъ матки, жалуется на боли въ тазу, которыхъ у нея раньше не было, то это является очень дурнымъ признакомъ, указывающимъ, что новообразованіе успѣло распространиться за предѣлы матки. В. Г.



Kolischer, Winter и Zangemeister поставили себѣ благодарную задачу — использовать для опредѣленія оперируемости раковъ влагалищной части и шеечнаго канала получаемыя при этомъ цистоскопическія данныя. Цистоскопія позволяет у раковъ большихъ констатировать слѣдующія измѣненія: выпячиваніе *trigoni*, толстые, поперечно-проходящіе выступы и складки слизистой оболочки пузырнаго дна, неправильную картину сфинктера, наличность перетяжекъ въ пузырной стѣнкѣ, усиленную инъекцію сосудовъ и кровоизліанія въ слизистой пузыря, измѣненія отверстій мочеточниковъ, пузырчатый отекъ (см. рис. 6 на прилагаемой таблицѣ), сосочковые выступы, плоско-бугристыя выпячиванія и, наконецъ, изъязвленія стѣнки. Winter считаетъ эти измѣненія идентичными съ тѣми, какія наблюдаются при паравезикальныхъ воспаленияхъ, и признаетъ ихъ за результаты разстройствъ кровообращенія.

Измѣненія Hirt'a, произведенныя на большемъ матеріалѣ моей клиники, показали, что измѣненія эти дѣйствительно совершенно тождественны съ тѣми, которыя имѣютъ мѣсто при воспаленияхъ, и что ихъ слѣдуетъ большою осторожностью ставить въ этиологическую связь съ ракомъ матки.

Рѣшающее значеніе въ этомъ отношеніи имѣютъ произведенныя также въ моей клиникѣ изслѣдованія Happe's'a. Наблюденія эти были сдѣланы во многихъ случаяхъ, которые затѣмъ были оперированы мною *per abdomen*, и обнаружили, что при ракъ матки слѣдуетъ серьезно оцѣнивать всѣ цистоскопическія данныя, указывающія на разстройства кровообращенія въ пузырной стѣнкѣ, — не потому, впрочемъ, чтобы они являлись противопоказаніемъ къ операци, особенно абдоминальной, а потому, что они еще до операци даютъ знать, на какія осложненія со стороны пузыря мы можемъ натолкнуться *sub operatione*. А это для оператора, предпринимающаго абдоминальную операци по поводу рака матки, имѣетъ громадное значеніе.

Вообще ни одинъ случай рака матки не долженъ быть оперируемъ безъ предварительнаго цистоскопическаго изслѣдованія.

Уже въ началѣ прошлаго столѣтія дѣлались попытки полнаго удаленія раковой матки Langenbeck'омъ (1813) и Sauter'омъ (1822), а позднѣе Blundell'емъ, Siebold'омъ, Recamier, Китеромъ, Caselli и Hennig'омъ (случай опубликованъ въ 1876 г.). Въ 1878 г. W. A. Freund (30 января) и вслѣдъ за нимъ Czerny (12 августа) и Schroeder предложили свои способы полной экстирпаци матки. Freund'у принадлежитъ честь первенства, но его способъ абдоминальной экстирпаци матки долженъ былъ вскорѣ уступить мѣсто влагалищному излеченію матки, предложенному Czerny, которое и сдѣлалось типической радикальной операцией при ракъ матки. Лишь въ нѣкоторыхъ случаяхъ, а именно при ракахъ влагалищной части, находившихся въ первыхъ фазахъ своего развитія, съ этимъ методомъ соперничала высокая (надвлагалищная) ампутація маточной шейки.

Усилія преимущественно нѣмецкихъ гинекологовъ за послѣдніе 15 лѣтъ привели, однако, къ тому, что абдоминальная операци не только приобрѣла свои прежнія права, но для многихъ случаевъ рака признана единственнымъ способомъ, при которомъ, благодаря его точности, основательности и радикальности, можно питать надежду на излеченіе этой болѣзни.

Такъ какъ *carcer portionis vaginalis* при своемъ развитіи не столько распространяется по слизистой оболочкѣ матки, сколько растетъ по направленію къ широкимъ связкамъ, то теоретически высокая ампутація шейки кажется вполне обоснованной операцией. Равнымъ образомъ и изолированныя метастазы на слизистой маточнаго тѣла при ракъ шейки встрѣчаются крайне рѣдко. Нѣсколько лѣтъ тому назадъ Hofmeister насчиталъ въ литературѣ только 3 достовѣрныхъ случая, но и здѣсь дѣло касалось метастазовъ не при типическихъ, обыкновенныхъ ракахъ влагалищной части, но при ракахъ цервикальнаго канала; такой же незначительный

процентъ метастазовъ дали и послѣдующія изслѣдованія. Такимъ образомъ опасеніе, чтобы маточное тѣло не сдѣлалось вполнѣ въ слѣдствіи мѣстомъ развитія метастатическаго рака, не должно побуждать насъ къ экстирпации этого отдѣла матки при ракъ шейки. Отсюда возникаетъ слѣдующій важный вопросъ: не будетъ-ли совершенно излишнимъ удалять здоровую часть органа, гдѣ метастатическіе рецидивы завѣдомо не встрѣчаются? Это, кажушееся вполнѣ справедливымъ, соображеніе еще и теперь, особенно въ Америкѣ, заставляетъ многихъ выдающихся хирурговъ ограничиваться высокой ампутаціей влагалищной части тамъ, гдѣ мы, нѣмцы, дѣлаемъ полную экстирпацию.

Мнѣ кажется, упомянутыя выше изслѣдованія Seelig'a имѣютъ въ данномъ отношеніи рѣшающее значеніе. Эти-то изслѣдованія и рѣшаютъ поставленный сейчасъ вопросъ въ пользу той точки зрѣнія, на которой я стою уже около десяти лѣтъ.

Моя точка зрѣнія на оперативное леченіе раковъ матки остается неизмѣнною уже болѣе 20 лѣтъ. Я принципиально предпринимаю во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ ракъ еще является оперируемымъ, полную экстирпацию всего органа, — раньше то *per vaginam*, то *per abdomen*, а за послѣдніе 10 лѣтъ принципиально *per abdomen*. Конечно, опытъ показываетъ, что и послѣ этой операціи во многихъ случаяхъ часто наблюдаются рецидивы, именно, въ остаткахъ параметріевъ. Выражаясь точнѣе, въ подобныхъ случаяхъ мы оперируемъ не при здоровыхъ параметріяхъ, какъ это намъ кажется на основаніи клиническаго изслѣдованія, а при параметріяхъ, уже пораженныхъ ракомъ, оперировать же при вполнѣ здоровыхъ параметріяхъ намъ приходится лишь рѣдко. Во всякомъ случаѣ, въ оперативной терапіи раковъ матки долженъ быть строго соблюдаемъ тотъ главный принципъ, что границы операціоннаго поля должны лежать какъ можно дальше отъ границъ новообразованія. При ракахъ матки эти границы находятся, къ сожалѣнію, со стороны параметріевъ весьма близко другъ другу. Для того, чтобы рѣшить вопросъ о томъ, оперируемъ-ли мы здѣсь еще въ здоровой, или уже въ больной ткани, нашихъ клиническихъ способовъ недостаточно, да ихъ будетъ недостаточно и всегда. Но по крайней мѣрѣ вверху, т.-е. по направленію къ маточному тѣлу, мы почти всегда можемъ оперировать въ здоровой ткани, если только позаботимся объ удаленіи всего того, что технически можетъ быть удалено. Въ виду этого даже и при ракъ влагалищной части слѣдуетъ экстирпировать все маточное тѣло, такъ какъ при этомъ мы можемъ быть увѣрены, что по крайней мѣрѣ здѣсь будемъ оперировать въ здоровой ткани<sup>1)</sup>. Точно также при ракъ маточнаго тѣла надо удалять и шейку.

Только при плоскихъ, ограниченныхъ, незначительнаго объема ракахъ влагалищной части можно иногда дѣлать высокую ампутацію, но и здѣсь нужно сообразоваться съ индивидуальностью даннаго случая. Такимъ образомъ, у меня на нѣсколько сотъ случаевъ пол-

1) Читателю, конечно, бросается въ глаза, насколько слабо основаннымъ является предложеніе автора — во всѣхъ случаяхъ рака шейки производить полную экстирпацию матки. Выше самъ авторъ говоритъ, что ракъ влагалищной части обычно не распространяется вверхъ, на тѣло матки. Если мы, тѣмъ не менѣе, въ настоящее время и при ракахъ влагалищной части прибѣгаемъ къ полной экстирпации матки, то вовсе не потому, что опасаемся распространенія процесса на тѣло матки, а потому, что при этой операціи, даже производя ее *per vaginam*, мы удаляемъ больше параметральной клѣтчатки, чѣмъ при высокой ампутаціи *p. vaginalis*.  
B. Г.

ной экстирпации матки по поводу рака приходится лишь ничтожное число случаев высокой ампутации влагалищной части, и то относящихся къ первымъ годамъ моей клинической дѣятельности. Единственный случай этой операціи за послѣдніе 15 лѣтъ моей практики имѣлъ мѣсто у одной больной съ тяжелымъ заболѣваніемъ сердца и почекъ. Хотя ракъ въ этомъ случаѣ имѣлъ небольшое распространение, — послѣ операціи послѣдовала рецидивъ.

Если, по наблюденіямъ Hofmeister'a и старымъ даннымъ Берлинской клиники, высокая ампутация даетъ столь же успѣшные отдаленные результаты, какъ и рукавная экстирпация матки, то для меня, какъ и для Hofmeister'a, это значить только, что и рукавная экстирпация оставляетъ желать многого.

Техника высокой ампутации (методъ Schröder'a) состоитъ въ слѣдующемъ: сдѣлавъ разрѣзъ кругомъ влагалищной части, отдѣляютъ спереди пузырь и перевязываютъ основанія широкихъ связокъ; задній Douglas'овъ карманъ или оставляютъ нескрытымъ, или же вскрываютъ его; послѣ того отрѣзываютъ шейку выше уровня прикрѣпленія сводовъ и пришиваютъ слизистую оболочку цервикальнаго канала спереди и сзади къ слизистой оболочкѣ сводовъ; кромѣ того сзади закрываютъ швами Douglas'ово пространство, если только оно было вскрыто.

Воронкообразнаго вырѣзыванія portiois vaginalis, рекомендованнаго въ свое время Hegar'омъ, и простого отдѣленія влагалищной части гальванокаустической петлей при ракѣ въ настоящее время никто болѣе не дѣлаетъ.

Всякая попытка къ радикальной операціи рака показывается и является обоснованной, конечно, лишь тогда, когда есть основанія думать, что со стороны широкихъ связокъ мы можемъ оперировать еще въ здоровой ткани. Вопросъ этотъ рѣшается путемъ оцупыванія связокъ per rectum. Однако этого требованія не слѣдуетъ слишкомъ строго придерживаться: нерѣдко при выполненіи операціи оказывается, что затвердѣніе параметріевъ, которое мы были склонны относить насчетъ карциноматозной инфильтраціи, на самомъ дѣлѣ объясняется глубокимъ положеніемъ яичниковъ, окруженныхъ ложными брюшинными перепонками, или является результатомъ другихъ воспалительныхъ заболѣваній придатковъ. Когда я еще оперировалъ раки матки черезъ рукавъ, я нерѣдко находилъ, что матка, которую нельзя было низвести при діагностическомъ изслѣдованіи, оказывалась легко смѣщаемою послѣ отдѣленія сводовъ или послѣ вскрытія Douglas'ова кармана. Особенно послѣдній актъ зачастую позволялъ намъ сдѣлать правильное заключеніе о технической выполнимости полной экстирпации, между тѣмъ какъ при діагностическомъ изслѣдованіи мы этого не могли предполагать. Въ своей практикѣ я прибѣгалъ къ нему очень часто, иногда въ дѣйствительно неоперабельныхъ случаяхъ, причѣмъ не потерялъ отъ этого ни одной больной.

И въ настоящее время, около десяти лѣтъ принципиально оперируя всѣ раки матки per abdomen, я зачастую наталкиваюсь на случаи, гдѣ ракъ, при изслѣдованіи до операціи, представляется недоступнымъ для радикальнаго вмѣшательства, послѣ вскрытія же живота оказывается вполнѣ оперируемымъ.

Наше леченіе раковъ матки, не исключая и хирургическаго, всегда было и будетъ дѣломъ случая. Дальнѣйшая судьба больной лежитъ не въ нашихъ рукахъ, а зависитъ отъ того, останутся-ли въ неудаленныхъ при операціи тканяхъ карциноматозные элементы, или нѣтъ. Обнаружить ихъ клинически нельзя. Они могутъ остаться при весьма незначительныхъ первичныхъ очагахъ новообразованія и,

напротивъ, могутъ отсутствовать при весьма значительныхъ. Каждый клиницистъ убѣждается на опытѣ, что иногда онъ наблюдаетъ рецидивы рака въ тѣхъ случаяхъ, относительно которыхъ онъ былъ вполне спокоенъ, въ виду незначительныхъ размѣровъ первичнаго

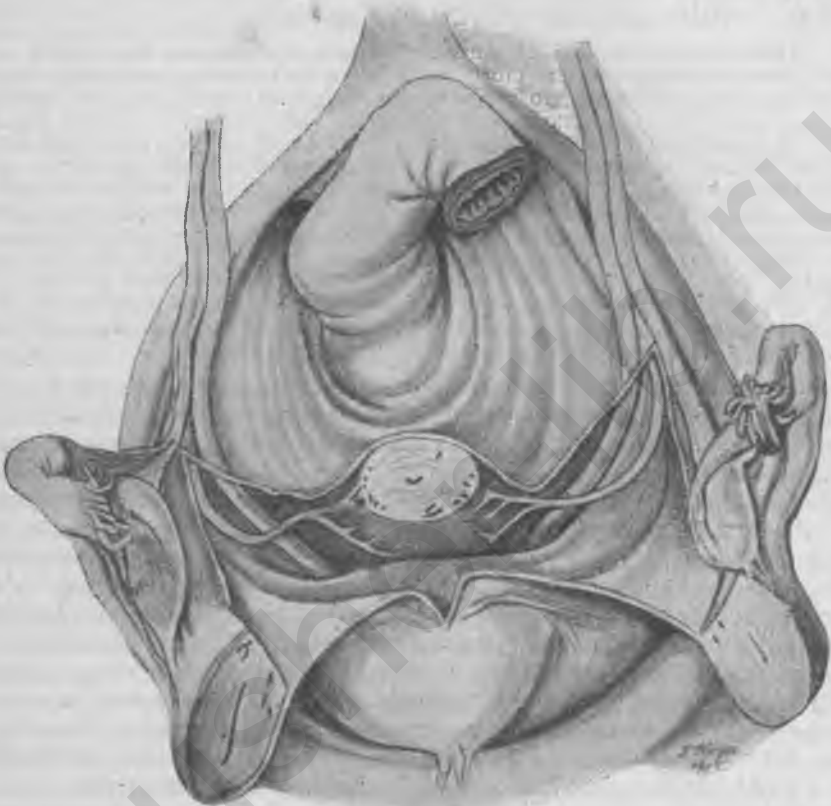


Рис. 217. Отношеніе мочеточниковъ къ маточнымъ артеріямъ. Внизу пузырь, вверху прямая кишка, между ними надвлагалищно ампутированная матка; обѣ долины ампутированного тѣла матки, вмѣстѣ съ придатками, отодвинуты въ стороны и лежатъ подлѣ пузыря. Параметріи съ обѣихъ сторонъ широко открыты. Можно видѣть съ каждой стороны мочеточникъ и надъ нимъ маточную артерію, развѣтвляющуюся и идущую къ маткѣ. (По Gandlery и Halban'y).

пораженія; напротивъ, другія больныя остаются свободными отъ рецидива, хотя у нихъ была удалена большая раковая опухоль, причемъ изсѣченіе произведено у самой границы больной ткани. Въ виду этого ракъ матки слѣдуетъ оперировать не только тогда, когда имѣются шансы рассчитывать, что рецидива послѣ операціи не будетъ, но и тогда, когда только имѣется какая-нибудь возможность провести операціонный разрѣзъ въ предѣлахъ здоровыхъ тканей.

Влагалищная экстирпація матки по Czerny производилась слѣдующимъ образомъ: матка захватывалась пулевыми щипцами и оттягивалась книзу, послѣ чего проводился разрѣзъ вокругъ влагалищной части, пузырь отдѣлялся, передній и задній Douglas'овы карманы вскрывались, затѣмъ предпринималась по-

слѣдовательная перевязка связокъ при помощи массовыхъ лигатуръ съ отдѣленіемъ матки по мѣрѣ перевязыванія связокъ; далѣе операторъ удаляя придатки, выводитъ всѣ лигатурныя нити во влагалище и, оставивъ брюшинно-рукавную рану открытой, тампонируетъ рукавъ іодоформенной марлей.

Важнѣйшія модификаціи, внесенныя со временемъ въ этотъ методъ, были слѣдующія:

1) Возможно болѣе широкая циркумцизія влагалищной части въ формѣ продолговатаго овала, захватывающаго особенно большой сегментъ задней влагалищной стѣнки (Landaу), съ образованіемъ спереди и сзади большихъ влагалищныхъ локустовъ, которые провизорно сшиваются надъ раковою опухолью (Mackenpogdt).

2) Большее или меньшее разсѣченіе влагалища съ обѣихъ сторонъ (Dührssen) вплоть до самаго introitus vaginae, благодаря чему *sacrum ischiorectale* широко раскрывается, и дѣлается возможно болѣе значительная резекція широкихъ связокъ (Schuchardt).

3) Извлечение маточнаго тѣла послѣ вскрытія брюшины черезъ задній или, лучше, черезъ передній сводъ съ слѣдовательною перевязкою и отдѣленіемъ широкихъ связокъ.

4) Преимущественное или исключительное отдѣленіе матки при помощи каналенаго желѣза, во избѣжаніе прививочныхъ рецидивовъ (Mackenpogdt).

5) Отдѣленіе матки отъ широкихъ связокъ сначала съ той стороны, гдѣ связка болѣе растяжима, а потомъ — съ другой, гдѣ, быть можетъ, ракъ уже проникъ въ параметріи (Olshausen).

6) Разсѣченіе матки въ сагиттальномъ направленіи для облегченія перевязки связокъ съ обѣихъ сторонъ (Döderlein). Приемъ этотъ крайне облегчаетъ экстирпацію. Перевязка связокъ, послѣ извлеченія матки въ рукавъ, начинается съ трубъ, причемъ пузырь почти самъ отдѣляется отъ матки. Я не рекомендую однако, прибѣгать къ этому приему при ракъ матки, а лишь при другихъ заболѣваніяхъ, показывающихъ полную экстирпацію.

7) Подбрюшинное отдѣленіе матки.

8) Закрытіе брюшинно-влагалищной раны, по окончаніи экстирпаціи, наглухо.

9) Замята лигатуръ на широкія связки жомами (Richelot, Réan).

10) Наконецъ, различіе въ мнѣніяхъ проявляется въ томъ, слѣдуетъ-ли въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ вмѣстѣ съ маткой удалять и придатки, или можно ихъ оставлять.

Мой личный способъ полной экстирпаціи матки *per vaginam*, который я принималъ прежде, чѣмъ принципиально перешелъ къ абдоминальному изсѣченію, состоялъ въ слѣдующемъ (описывая его подробно, такъ какъ способъ этотъ пригоденъ не только при ракъ, но и при другихъ заболѣваніяхъ матки, и мнѣ придется не разъ, касаясь его техники, сослаться на настоящую главу):

Передъ операциею, продезинфицировавъ предварительно рукавъ и поверхность новообразованія, выскабливаютъ послѣднее острой ложкой, или ампутируютъ опухоль, если она имѣетъ видъ цвѣтной капусты и достигла значительныхъ размѣровъ. Затѣмъ очищаютъ рану и глубоко прижигаютъ ее термокаутеромъ. Эту предварительную операцію не слѣдуетъ производить за нѣсколько дней до экстирпаціи, а лучше непосредственно передъ ней. Инструменты, которые мы употребляемъ при ней, не могутъ быть употребляемы при экстирпаціи.

Послѣ того захватываютъ нѣсколькими пулевыми щипцами влагалищную часть матки или культю ея, низводятъ матку, насколько возможно, внизъ и проводятъ разрѣзъ въ сводахъ въ видѣ большого круга или овала. При этомъ можно также разрѣзать боковыя стѣнки влагалища въ продольномъ направленіи, сверху донизу. Затѣмъ тупымъ путемъ отдѣляютъ спереди пузырь на всемъ протяженіи отъ *portio supravaginalis*. Сдѣлать это легко въ тѣхъ случаяхъ, когда матка настолько подвижна, что влагалищная часть можетъ быть вытянута книзу до самаго входа въ рукавъ. Тамъ же, гдѣ матка совсѣмъ не низводится, или низводится весьма мало вслѣдствіе старческой ригидности влагалища, старческаго сморщиванія параметріевъ или периметритическихъ сращеній, — это достигается съ большимъ трудомъ, если пораженная ракомъ ткань шейки легко рвется.

Теперь вскрываютъ задній Douglas'овъ карманъ и вслѣдъ затѣмъ перевязываютъ широкія связки, глубоко захватывая ихъ сильно искривленными, круглыми, полутупыми иглами и послѣ каждой лигатуры отдѣляя перевязанную часть связки ножницами. Лигатуры слѣдуетъ тотчасъ же коротко обрѣзать, чтобы, при дальнѣйшемъ выполненіи операціи, не сорвать ихъ. Послѣ двухъ — трехъ лига-

турь съ каждой стороны матка виситъ, собственно говоря, только на трубахъ, круглыхъ и яичниковыхъ связкахъ. Наконецъ перевязываютъ и ихъ и отдѣляютъ матку совершенно. Всѣ перевязки производятся шелковыми или пеньковыми (кумоловая пенька) нитями.

Нѣкоторое техническое облегченіе мы получимъ, если, послѣ перевязки и отдѣленія нижнихъ частей связокъ, захватимъ чрезъ вскрытый Douglas'овъ карманъ пулевыми щипцами маточное тѣло и, постепенно перемѣщая щипцы все выше и выше, выведемъ его въ рукавъ. При этомъ перевязка верхнихъ отдѣловъ связокъ значительно облегчается. Я придаю большое значеніе тому, чтобы связки были перевязаны насколько возможно ближе къ стѣнкамъ таза и чтобы, такимъ образомъ, онѣ могли быть резецированы возможно шире.

Если матка съ трудомъ смѣщается, то дѣлаютъ глубокой Schuchard'овской разрѣзъ на стѣнкѣ рукава или слѣва (см. выше № 2), или съ обѣихъ сторонъ (Staudе), и прибѣгаютъ къ приему Olshausen'a (см. тамъ же № 5).

Послѣ отдѣленія матки тщательнo осматриваютъ рану и, если нужно, очищаютъ нижніе отдѣлы брюшины отъ сгустковъ крови. Если въ культияхъ окажется кровоточеніе, то кровотокащее мѣсто слѣдуетъ захватить зажимомъ и перевязать. Въ большинствѣ случаевъ я оставляю зажимы на сосудахъ на 48 часовъ, такъ какъ этотъ промежутокъ времени достаточенъ для полной закупорки кровотокащаго сосуда. При помощи однихъ только зажимовъ я экстирпации не дѣлаю, но пользуюсь ими лишь иногда — въ тѣхъ именно случаяхъ, когда перевязка связокъ является технически невыполнимою.

Если во время операциіи былъ пораненъ пузырь, то, по изсѣченіи матки, зашиваютъ его, если былъ перерѣзанъ мочеточникъ, — вшиваютъ его въ пузырь, затѣмъ низводятъ культи широкихъ связокъ глубоко во влагалище и, если брюшинно-рукавная рана остается открытой, вставляютъ въ нее толстый тампонъ изъ іодоформенной марли такъ, что верхушка тампона свободно вдается въ брюшную полость<sup>1)</sup>.

Рис. 218. Жомъ Réaпа - Richetot для защемленія широкихъ связокъ при полной экстирпации per vaginam.

Вшиваніе мочеточника въ пузырь производится такимъ образомъ, что вводятъ въ пузырь корнцангъ, дѣлаютъ въ томъ мѣстѣ, гдѣ конецъ его выпячиваетъ пузырную стѣнку, возможно маленькое отверстіе, проводятъ чрезъ него корнцангъ, захватываютъ послѣднимъ мочеточникъ, втягиваютъ его въ пузырь и тщательно пришиваютъ. Если пузырь былъ пораненъ во время операциіи, вшиваютъ мочеточникъ въ пузырную рану. Послѣ операциіи въ пузырь оставляютъ постоянный катетеръ.

Если мы желаемъ закрыть брюшинно-рукавную рану наглухо, — что рекомендуется во всѣхъ чистыхъ, не осложненныхъ случаяхъ, — то должны культи, особенно трубныя, настолько низвести книзу, чтобы онѣ лежали экстраперитонеально, и пришить ихъ къ брюшинѣ. Послѣ этого брюшинная рана зашивается поперечно, отъ одной трубной культи до другой, 5—6 узловатыми швами, которые захватываютъ и заднюю стѣнку рукава, или непрерывнымъ швомъ. Затѣмъ рукавъ тампонируется вѣоформенной марлей. Рана въ области задней стѣнки пузыря не закрывается швами. Оставленіе культи въ брюшинѣ я считаю неправильнымъ приемомъ.

Придатки при экстирпации раковой матки слѣдуетъ въ общемъ оставлять, по крайней мѣрѣ при ракахъ шейки и влагалищной части; но при ракѣ тѣла матки, а также, если одновременно имѣется гнойный сальпингитъ, и вообще если трубы и яичники больны, — ихъ надо удалять, что дѣлается или одновременно съ изсѣченіемъ матки, или непосредственно послѣ него.

Тампонъ оставляется въ рукавѣ на 6 дней, послѣ чего его удаляютъ. До этого времени лучше держать въ пузырьѣ катетеръ à demeure; въ противномъ случаѣ больную слѣдуетъ катетеризировать въ правильные промежутки времени. Если

1) Примѣняя, послѣ влагалищной экстирпации раковой матки, дренажи изъ іодоформенной марли, я наблюдалъ нѣсколько несомнѣнныхъ случаевъ отравленія іодоформомъ, почему за послѣдніе годы употребляю дренажи исключительно изъ стерильной марли. В. Г.

брюшинно-рукавная рана закрыта наглухо, то оперированная обыкновенно может мочиться и произвольно.

Абдоминальная экстирпация матки по F r e n d'у впервые была выполнена имъ въ 1878 г. слѣдующимъ образомъ: уложивъ больную съ приподнятымъ тазомъ, операторъ разрѣзалъ брюшные покровы до самага пупка, захватилъ матку продѣтой чрезъ ея дно лигатурой, послѣдовательно перевязалъ широкія связки въ три пучка и, послѣ отдѣленія пузыря и вскрытія задняго Douglas'ова кармана, удалилъ матку; брюшинно-рукавная рана была закрыта швами; яичники и трубы оставлены на мѣстѣ.

Важною модификаціей этого способа является прежде всего предварительная циркумизія и влагалищной части со стороны рукава, производимая съ той цѣлью, чтобы впоследствии легче было сдѣлать перевязку основаній широкихъ связокъ со стороны брюшной полости (Rydiger). Слѣдующая модификація состоитъ въ томъ, что сначала отдѣляютъ матку per abdomen, причемъ влагалище остается закрытымъ, потомъ заканчиваютъ операцію снизу (Veit). Но самая важная модификація этого метода состоитъ въ возможно широкой резекціи широкихъ связокъ съ одновременнымъ удаленіемъ ближайшихъ лимфатическихъ железъ — подвздошныхъ и поясничныхъ (Rumpf, Ries, Terrier и Küstner). Способъ этотъ справедливо называютъ въ настоящее время расширенной абдоминальной экстирпацией матки.

Я долгое время дѣлалъ эту операцію слѣдующимъ образомъ: вскрывъ брюшную полость разрѣзомъ до пупка, сначала перевязывалъ верхніе отдѣлы широкихъ связокъ, съ сѣмянными сосудами, экстремедально отъ бахромчатыхъ концовъ трубъ и яичниковъ; затѣмъ, начиная отъ этихъ культей, я проводилъ разрѣзъ брюшины, который шелъ впереди матки черезъ переднія части широкихъ связокъ и круглыя связки, миновалъ верхушку пузыря и, завернувъ назадъ, проходилъ въ самой глубокой части Douglas'ова пространства; дальѣ, отсепаровавъ брюшину по линіи разрѣза, я отдѣлялъ пузырь вилотъ до передней влагалищной стѣнки, изолировалъ тупымъ путемъ мочеточники отъ сосудистаго пучка, заключающаго маточные сосуды, тупымъ или острымъ путемъ отдѣлялъ подвздошныя железы отъ arteria iliaca externa, resp. interna, и перевязывалъ маточныя артеріи какъ можно ближе къ мѣсту ихъ отхожденія отъ arteriae hypogastricae.

Когда матка была отдѣлена до того мѣста, гдѣ она соединяется съ влагалищными сводами, то дальѣе можно было оперировать по слѣдующимъ способамъ: 1) можно было окончить операцію сверху; 2) можно было окончить операцію со стороны влагалища.

Въ обоихъ случаяхъ можно было брюшинно-рукавную рану закрыть швами, или же оставить ее открытой и дренировать; дренажъ можно было вставить кверху, снизу или кверху и книзу одновременно.

Если операція протекала чисто и гладко, то я закрывалъ брюшную полость наглухо, если же операція не была таковой, и если предварительно нельзя было основательно удалить распадающіяся части раковой опухоли, то я охотно оканчивалъ операцію со стороны влагалища и оставлялъ брюшную полость открытой книзу.

По описанному способу я оперировалъ до 1901 года 56 раковъ съ 17 (30%) смертельными исходами.

Около этого времени нѣкоторые операторы выступили съ усовершенствованіями даннаго метода.

Maskengodt проводитъ на брюшной стѣнкѣ разрѣзъ въ формѣ языка, боковыя части котораго идутъ по наружному краю обѣихъ прямыхъ мышцъ до средины разстоянія между пупкомъ и лобкомъ, а нижняя часть проходитъ надъ симфизомъ. Разрѣзъ этотъ проникаетъ до брюшины. Затѣмъ брюшина отсепаровывается отъ выкроеннаго лоскута, вскрывается поперечно надъ пузыремъ, въ разрѣзъ извлекается матка и отдѣляется, послѣ перевязки, отъ придатковъ, которые оставляются на мѣстѣ. Послѣ того языкообразный лоскутъ брюшины пришивается, позади матки, къ брюшинѣ задней тазовой стѣнки, отъ одной культы придатковъ до другой. Этотъ приемъ позволяетъ дальнѣйшую операцію производить внѣбрюшинно. Выполняя его, операторъ проводитъ поперечно разрѣзъ между пузыремъ и маткой, продолжаятъ его въ обѣ стороны, углубляетъ и, отодвинувъ пузырь отъ матки, отыскиваетъ въ глубинѣ разрѣза правый мочеточникъ и маточную артерію. Послѣдняя перевязывается у самой a. hypogastrica. Дальѣе слѣдуетъ поперечный разрѣзъ задняго Douglas'ова кармана, прямая кишка отодвигается, на заднія и боковыя части широкихъ связокъ накладываются зажимы.

и лѣвые *vasa uterina* перевязываются также, какъ ранѣе правые. Затѣмъ на изолированную теперь верхнюю часть рукавной трубки накладываются два изогнутыхъ подъ угломъ жомъ, и рукавъ пережигается между ними. Послѣ этого операторъ перевязываетъ зажатые части широкихъ связокъ, пришиваетъ заднюю часть пузырной брюшины къ брюшинѣ задней тазовой стѣнки непосредственно подъ краемъ языкообразнаго брюшиннаго лоскута и вводитъ въ рукавъ марлевый тампонъ. Теперь брюшина отдѣляется, — сначала справа, потомъ слѣва, — отъ остатковъ брюшной стѣнки и стѣнки таза, круглыя связки пережигаются экстраперитонеально и вылушаются лимфатическія железы вмѣстѣ съ окружающей *vasa scirralia et hypogastrica* клѣтчаткой, послѣ чего по бокамъ въ брюшной стѣнкѣ дѣлаются отверстія, и черезъ нихъ полости, образовавшіяся на мѣстѣ вылушенія железъ, рыхло выполняются марлей. Въ заключеніе зашивается брюшная рана. Прямыя мышцы опять пришиваются къ симфизу, надъ ними зашивается кожный разрѣзъ, причѣмъ съ обѣихъ сторонъ оставляется по отверстию, черезъ котораго вводится дренажъ между брюшиной и брюшной стѣнкой. Боковыя стороны разрѣза брюшныхъ стѣнокъ закрываются наглухо. Послѣ операциі необходима частая смѣна повязки вслѣдствіе сильной секреціи. Боковыя дренажи, начиная съ 3—4-го дня, постепенно укорачиваются, влагалищный же тампонъ остается лежать долѣе. Подобнымъ же образомъ оперируетъ трансперитонеально Ашапп.

Wertheim сталъ оперировать въ общемъ, какъ и я. Техника его отличается лишь тѣмъ, что онъ проводитъ съ каждой стороны, позади отъ матки, продольные разрѣзы вдоль мочеточниковой складки (*plicae uretericae*); далѣе, онъ, отдѣляя шейку матки отъ пузыря, идетъ до мѣста впаденія мочеточниковъ въ пузырь; изолируя, такимъ образомъ, мочеточники, онъ при перевязкѣ *plexus uterini* болѣе надежно избѣгаетъ возможности захватить вмѣстѣ или перерѣзать мочеточники. Послѣ отдѣленія матки отъ маточныхъ сосудовъ онъ отодвигаетъ пузырь и паравагинальную клѣтчатку кпереди и въ стороны, перевязываетъ и перерѣзываетъ болѣе глубокіе мышечно-фиброзные слои широкихъ связокъ, захватываетъ верхній конецъ рукава изогнутымъ подъ угломъ зажимомъ и перерѣзываетъ рукавъ поперечно ниже зажима. Вылушеніе подвздошныхъ и поясничныхъ железъ онъ дѣлаетъ такъ же, какъ это дѣлалъ прежде и я. Въ заключеніе операциі онъ вводитъ въ рукавъ марлевый тампонъ, концы котораго находятся въ области вылушенныхъ железъ, и зашиваетъ надъ тампономъ брюшину.

Въ настоящее время я производжу расширенную абдоминальную экстирпацию матки при ракѣ слѣдующимъ образомъ:

Брюшная стѣнка дезинфицируется и покрывается гауданномъ. Когда больная заваркотизирована, раковая опухоль подвергается предварительной очисткѣ со стороны рукава. Если дѣло идетъ о значительныхъ разрощеніяхъ въ видѣ цвѣтной капусты, то они отсѣкаются ножницами, и раковая поверхность прижигается термокаутеромъ; если же у больной имѣется кратерообразная язва, то она выскабливается острой ложкой, куски опухоли удаляются, полость обсушивается и прижигается термокаутеромъ. Послѣ того раковая поверхность и рукавъ энергично смачиваются іодной настойкой, обсушиваются, и рукавъ довольно плотно тампонируется половиной вѣформенной марли. Производить эту предварительную очистку раковой поверхности за нѣсколько дней до операциі, какъ то дѣлаютъ нѣкоторые гинекологи, я считаю нецѣлесообразнымъ. Вскрывъ затѣмъ брюшную полость, продольнымъ разрѣзомъ по *l. alba* до пупка, я защищаю верхній отдѣлъ ея компрессами, перевязываю и перерѣзываю круглыя связки и внутренніе стѣнные сосуды латерально отъ бахромчатыхъ концовъ трубъ, захватываю тѣло матки щипцами (рис. 219), разсѣкаю брюшину надъ пузыремъ — сначала между круглыми связками, затѣмъ между каждой круглой связкой и *lig. infundibulo-pelvicum*, потомъ провожу два продольныхъ разрѣза



на задней поверхности широкихъ связокъ и въ глубинѣ соединяю ихъ поперечнымъ разрѣзомъ, проходящимъ ниже маточно-крестцовыхъ связокъ.

Дальнѣйшими моментами являются удаленіе придатковъ, чтобы они не мѣшали, и отдѣленіе пузыря отъ шейки и широкихъ связокъ, каковое отдѣленіе производится частію ножницами, частію тупымъ способомъ. При этомъ съ каждой стороны накладывается еще по лигатурѣ или по двѣ на связки у тазовой стѣнки, а также иногда тупо вылущаются прощупываемыя подвздошныя железы. Когда, затѣмъ, пузырь будетъ еще далѣе книзу отдѣленъ отъ верхняго отрѣзка рукава, — съ обѣихъ сторонъ становятся видны части мочеточниковъ, расположенныя между широкими связками и пузыремъ. Послѣ этого сохранившійся еще остатокъ широкой связки отводится въ сторону, и мочеточникъ открывается до того мѣста, гдѣ онъ, подъ маточной артеріей, проходитъ черезъ *lig. latum*. Пробуривъ ткань надъ мочеточникомъ пальцемъ, по направленію сзади напередъ, я получаю на пальцѣ маточные сосуды, которые изолируются отъ мочеточника и перевязываются, затѣмъ, — когда новый осмотръ еще разъ убѣдитъ, что мочеточникъ не прихваченъ въ лигатуру, — перерѣзываются.

Когда *vasa uterina* перерѣзаны, я отдѣляю, при помощи туго свернутого компресса, отъ боковой стѣнки шейки мочеточникъ, который теперь оказывается проходящимъ по сильно поднятой щипцами маткѣ въ видѣ дуги, выпуклой кверху. Работа эта облегчается, если при ней прибѣгать также къ помощи ножницъ. Когда мочеточники оказываются вполнѣ свободно висящими, перевязываются, въ 2—3 пучка, глубокія мышечно-фиброзные части широкихъ связокъ возможно ближе къ тазу и перерѣзываются. Послѣ этого матка сильно вытягивается кверху, и перерѣзываются, послѣ предварительной перевязки, переднія, богатые венами части широкихъ связокъ и паравагинальная ткань. Осмотрѣвъ затѣмъ еще разъ железы и, въ случаѣ нужды, вылутивъ ихъ, я прошу одного изъ помощниковъ извлечь тампонъ изъ рукава, нащупываю послѣдній, сдавливаю его лѣвой рукою и перерѣзываю, насколько возможно, ниже пораженнаго ракомъ мѣста длинными Соореговскими ножницами.

По удаленіи матки съ частью рукава, вся рана тщательно осматривается, и кровоточащіе сосуды, даже самые незначительные, перевязываются.

Таковъ ходъ операціи въ простыхъ случаяхъ. Отклоненія отъ этого типичнаго хода зависятъ отъ индивидуальныхъ осложненій.



Рис. 219. Рукоятка щипцовъ для захватыванія матки при абдоминальной экстирпациі ея по Küstnerу.

Отдѣленіе и выпрепаровку частей приходится производить атипиче-ски, если ракъ уже глубоко вросъ въ клетчатку широкихъ связокъ. Осложненія чаще всего наблюдаются со стороны пузыря и моче-точниковъ. Если пузырь случайно поврежденъ или умышленно ре-зецированъ, то рана въ его стѣнкѣ по окончаніи операціи зашива-ется непрерывнымъ катгутомъ. Если, далѣе, при операціи будетъ случайно поврежденъ мочеточникъ или умышленно перерѣзанъ, то конецъ его захватываютъ зажимомъ и по окончаніи операціи вши-ваютъ въ пузырь. При этомъ, если одновременно поврежденъ и пузырь, то вшивание мочеточника производится не въ мѣстѣ повреж-денія, а въ другомъ мѣстѣ.

Вшивание мочеточниковъ въ пузырь производится, по прево-сходному способу Franza, слѣдующимъ образомъ: введя въ уретру коридангъ, дѣлаютъ на верхушкѣ его настолько маленькое отверстіе, чтобы мочеточникъ могъ входить черезъ него въ пузырь. Затѣмъ извлекаютъ коридангъ, снимаютъ зажимъ съ перерѣзаннаго конца мочеточника, косо срѣзываютъ послѣдній или разсѣкаютъ на про-тяженіи  $\frac{1}{2}$  сант., проводятъ черезъ стѣнку срѣзаннаго или разсѣ-ченнаго такимъ образомъ мочеточника катгуттовую нить, снабжен-ную двумя иглами, вводятъ послѣднія черезъ отверстіе внутрь пу-зыря, выводятъ ихъ со стороны слизистой оболочки на брюшинную поверхность на разстояніи 1—2 сант. отъ края отверстія и затя-гиваютъ шовъ. При этомъ конецъ мочеточника оказывается на 1—2 сант. втянутымъ въ пузырь. Дальнѣйшей фиксаціи мочеточ-ника производить не слѣдуетъ. — самое большее, если на пузырь-ное отверстіе будетъ наложенъ еще одинъ шовъ, но не захватыва-ющій мочеточника.

Дренажа нѣкоторое время я принципиально избѣгалъ, а всю рану закрывалъ швами, полагаясь на проводимую мною при опера-ціи строжайшую асептику. Сначала заливался поперечно рукавъ, причемъ этотъ шовъ захватывалъ обычно и брюшину задняго Dou-glas'ова кармана. Далѣе закрывались непрерывнымъ швомъ боко-вые участки тазовой полости, гдѣ лежатъ vasa hypogastrica и мо-четочники. При наложеніи этого шва захватывались и глубокія ткани, — разумѣется, остерегаясь проткнуть сосуды. Шовъ этотъ съ обѣихъ сторонъ доходилъ до боковыхъ угловъ зашитаго рукава, причемъ нитью, служившею для сшиванія лѣвой широкой связки, я пользовался также, чтобы пришить пузырьную брюшину къ брюшинѣ задняго Douglas'ова кармана. Когда щѣлость брюшины была вполне восстановлена, брюшная рана зашивалась.

Такой образъ дѣйствій я въ настоящее время рѣзко измѣнилъ, имѣя въ виду результаты произведенныхъ Halpnes'омъ во время операціи бактериологическихъ изслѣдованій. Послѣднія показали, что при абдоминальной экстирпаціи раковой матки нерѣдко невоз-можно бываетъ избѣгнуть инфекціи брюшины опасными микробами (стрептококками), — именно, если они, какъ то часто бываетъ, имѣются въ широкихъ связкахъ, куда проникаютъ изъ раковыхъ язвъ. Обстоятельство это необходимо имѣть въ виду какъ при вы-полненіи самой операціи, такъ и установкѣ правилъ веденія послѣ-операционнаго періода.

Единственнымъ способомъ обезопасить брюшину въ области

операционнаго поля отъ попавшихъ въ нее микробовъ является примѣненіе Mikulicz'евскаго дренажа изъ антисептической (віоформенной) марли.

Исходя изъ этого соображенія, я перешелъ къ способу, практиковавшемуся мною уже раньше, а именно, по окончаніи операціи я рыхло выполняю теперь рану тазовой полости полоской віоформенной марли, вывожу ее въ рукавъ, зашиваю подъ нею брюшину непрерывнымъ швомъ, затѣмъ ввожу въ нижнюю часть брюшной полости марлевый мѣшокъ, наполненный полосой віоформенной марли, вывожу его въ нижній уголокъ брюшной раны и закрываю остальную часть послѣдней. Большая оставляется съ постояннымъ катетеромъ. Марлевая полоска извлекается изъ рукава послѣ первой дефекаціи, на 6—8 день, Mikulicz'евскій тампонъ — такъ, какъ это описано въ главѣ XXIX.

Благодаря этому способу, я понизилъ смертность отъ сепсиса послѣ расширенной абдоминальной экстирпаціи матки при ракѣ до 7,5%: такой именно процентъ получился въ послѣднихъ 80 случаевъ, оперированныхъ мною и Наннесомъ.

Достоинство каждаго изъ методовъ экстирпаціи матки, — вагинальнаго и абдоминальнаго, — прежде всего опредѣляется степенью опасности самой операціи, а затѣмъ и стаціонарными ея результатами, т. е. возможностью лучше избѣгать рецидивовъ.

При современномъ состояніи науки прекрасные непосредственные результаты рукавной экстирпаціи стоятъ внѣ всякаго сомнѣнія. Въ литературѣ опубликованы обширныя статистическія данныя, гдѣ на большое число экстирпаціи не было ни одного, или встрѣчались лишь единичные случаи смерти, въ зависимости отъ самой операціи (Olshausen, Fehling, Оттъ, Küstner и др.). Всего лучше, въ смыслѣ отсутствія осложнений, протекаетъ послѣоперационный періодъ въ тѣхъ случаяхъ, когда, послѣ низведенія культей во влагалище, операционную рану закрываютъ швами. Если же брюшная полость остается открытой со стороны рукава, то, несомнѣнно, возможна вторичная инфекція; однако опытъ показываетъ, что возможность подобнаго зараженія не должна быть преувеличиваема; дѣло въ томъ, что экстирпація безъ послѣдовательнаго закрытія брюшинно-рукавной раны даетъ тоже прекрасные результаты, и мы изъ-за возможности вторичнаго зараженія не должны оказываться отъ тѣхъ методовъ, которые требуютъ оставленія раны открытой. Это слѣдуетъ особенно имѣть въ виду при примѣненіи зажимовъ, безъ которыхъ иногда нельзя и сдѣлать влагалищной экстирпаціи. — въ тѣхъ именно случаяхъ, когда матка очень неподвижна, и когда даже зажимами связки могутъ захвачены лишь по частямъ. Чѣмъ шире, однако, ставятся показанія къ влагалищной экстирпаціи, тѣмъ болѣе неблагопріятными являются для этой операціи случаи, и тѣмъ хуже становятся непосредственные результаты ея. Дѣло въ томъ, что, чѣмъ технически труднѣе выполненіе операціи, тѣмъ легче инфицировать больную. Это испытали всѣ операторы, — въ томъ числѣ и я, — при своихъ попыткахъ насколько возможно расширить кругъ раковъ матки, оперируемыхъ черезъ рукавъ.

Hirschmann собралъ, съ 1895 г., данныя о непосредственныхъ результатахъ 1241 влагалищной экстирпации, произведенной 17 операторами. Средній процентъ смертности оказался равнымъ 8,8 %, причемъ у нѣкоторыхъ операторовъ онъ былъ гораздо ниже. У Leopold'a процентъ смертности оказался равнымъ 5,7, у Landau — 7,6, у Martin'a — 14,6, у Chrobak'a — 5,9, у Fehling'a — 6,6, у Winter'a — 7,5, у Zweifel'я — 8,5, у Schaut'a — 10,8, у Hofmeier'a — 10,8, у P. Müller'a — 5,7, у Pfannenstiel'я — 3,2, у меня въ одной сери — 8, въ другой — 1,8.



Рис. 220. Экстирпированная *per abdomen* матка съ придатками, значительнымъ количествомъ параметральной ткани и большимъ отръзкомъ рукава. *Carcinoma cervicis*. Больная 50 л., рожавшая 9 разъ, не менструировавшая 2 года, нѣсколько недѣль страдала кровотечениями. Оперирована 11 авг. 1906 г.

И при абдоминальной операціи возможность инфицировать брюшину гноеродными микробами, которые являются обычными обывателями раковыхъ язвъ, оказываетъ неблагоприятное вліяніе на статистику смертности. Вообще можно съ высокою степенью вѣроятности думать, что соприкосновеніе раковой опухоли съ брюшиной является опаснымъ для жизни больныхъ. Veit'овскій способъ — отдѣленную *per abdomen* матку окончательно экстирпировать и удалять рукавнымъ путемъ, зажиманіе рукава со стороны брюшной полости изогнутыми подъ угломъ зажимами (Wertheim), трансперитонеальные методы Maskengodt'a и Amann'a, — все это приемы и способы, цѣлью которыхъ служить устраненіе указанной опасности.

Всѣ эти мѣры являются, однако, не достигающими цѣли, если стрептококки. — а эти-то микробы и обуславливаютъ обычно инфекцію при операціяхъ по поводу рака, — находятся не только въ раковой язвѣ, но также въ лимфатическихъ щеляхъ околomatочной кѣтчатки и въ лимфатическихъ железахъ. Отсюда они могутъ при операціи безъ всякой помѣхи инфицировать операціонное поле или, по крайней мѣрѣ, — раненія кѣтчатки.

Такимъ образомъ больныя, несомнѣнно, сами приносятъ съ со-

бою на операционный столъ стрептококковъ, которые потомъ заражаютъ операционную рану и брюшину. А эти микробы, являющіеся обычными обывателями раковыхъ язвъ и окружающихъ ранъ тканей, зачастую принадлежатъ, — какъ показали изслѣдованія В u m m'a, L i e r m a n n'a и H a n n e s'a, — къ числу высоко-вирулентныхъ.

Другой факторъ, обуславливающей или повышающей опасность абдоминальной операции, — это техническая трудность послѣдней. Нуженъ значительный навыкъ и, можетъ быть, извѣстное искусство, чтобы не затынуть этой операциіи слишкомъ долго. Продолжительность же операциіи наряду съ непривычкой производить ее, съ одной стороны, безусловно повышаетъ опасность инфекціи, съ другой — подвергаетъ и безъ того слабую больную опасности длительного охлажденія и длительного наркоза. Эта послѣдняя опасность особенно велика была прежде, когда примѣняли хлороформный наркозъ: поэтому хлороформъ надо замѣнять эфиромъ и спинномозговой анестезіей<sup>1)</sup>. При всемъ томъ и теперь смертность отъ этой операциіи колеблется около 20%, по крайней мѣрѣ у тѣхъ гинекологовъ, которые много оперируютъ этимъ путемъ.

Среди операторовъ, насчитывающихъ въ своей практикѣ много случаевъ расширенной абдоминальной экстирпации матки, F r a n q u é имѣлъ 16,6% смертности послѣ этой операциіи, В u m m — 30%, D ö d e r l e i n — 14,3%, M a c k e n g ö t t — 19%, W e r t h e i m — 13%, P f a n n e n s t i e l — 20%, F r a n z — 30,7%, я — 19%.

Въ самое послѣднее время, однако, указанныя отношенія несомнѣнно измѣнились къ лучшему. Мнѣ, напр., — какъ о томъ уже упоминалось выше, — удалось понизить смертность отъ септического перитонита до 7½%.

Въ иномъ порядкѣ придется расположить разбираемые методы экстирпации раковой матки, если мы будемъ ихъ разсматривать съ точки зрѣнія стойкихъ результатовъ.

Въ первые годы, когда только что стали примѣнять влагалитическую экстирпацию, операторы были вполне довольны и длительностью достигнутыхъ результатовъ, но вскорѣ оказалось, что рецидивы послѣ этой операциіи довольно часты, а теперь можно считать вполне установленнымъ тотъ фактъ, что въ теченіе первыхъ же двухъ лѣтъ послѣ операциіи у большинства оперированныхъ появляются возвраты. Уже а р і o r і можно было предполагать, что въ отношеніи рецидивовъ ракъ матки не отличается существенно отъ раковъ другихъ областей организма, и что рецидивы послѣ оперативнаго его удаленія являются результатомъ разрастанія тѣхъ раковыхъ элементовъ, которые остались незамѣченными и потому неудаленными во время операциіи. Наблюденія надъ оперативнымъ удаленіемъ рака матки обратили только вниманіе врачей на то, что возникновеніе рецидивовъ возможно еще путемъ прививки или, лучше сказать, пересадки. Возможны такіе случаи, когда оторванный пальцемъ или инструментомъ незамѣтный кусочекъ жизнеспособной раковой опухоли приростаетъ къ другому мѣсту, начинаетъ тамъ питаться и развиваться въ опухоль, которую можно уже констатировать макроскопически. Несомнѣнно, однако, что такимъ путемъ рецидивы происходятъ весьма рѣдко, особенно по сравненію съ числомъ рецидивовъ, которые развиваются обыкновеннымъ путемъ. Отсюда при ракѣ матки, чтобы

1) За послѣднее время я съ успѣхомъ пользуюсь, при абдоминальномъ изсѣченіи раковой матки, внутривеннымъ гедоналовымъ наркозомъ. В. Г.

избѣжать возвратовъ болѣзни, слѣдуетъ оперировать какъ можно дальше отъ больного мѣста. Съ точки зрѣнія этого основного правила мы выше признали высокую ампутацію шейки операціей пригодной лишь для небольшого числа случаевъ. Изъ этого же правила вытекаетъ, далѣе, что при производствѣ полной экстирпаціи мы должны какъ можно шире резецировать широкія связки, хотя-бы удаляемые части ихъ и производили впечатлѣніе вполнѣ здоровыхъ. Наконецъ, съ этой же точки зрѣнія мы должны признать значеніе нѣкоторыхъ модификацій полнаго изсѣченія матки. Таковы, напр.

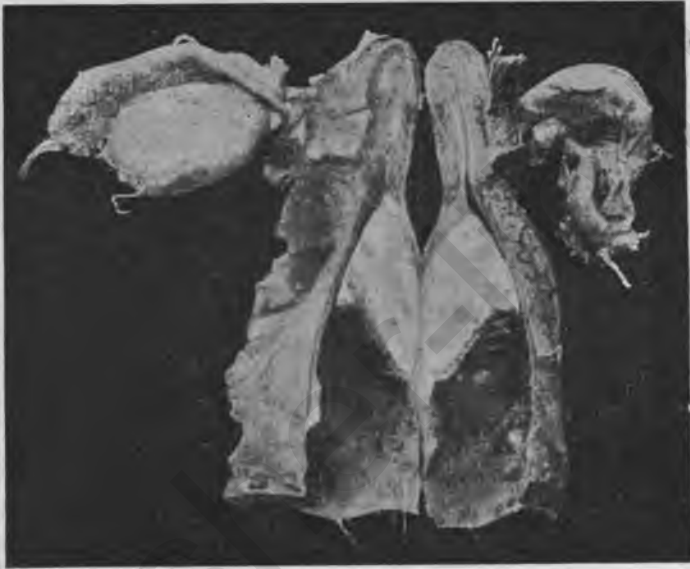


Рис. 221. Экстирпированная *per abdomen* матка съ значительнымъ количествомъ параметральной ткани и большимъ отрезкомъ рукава. Тотъ же препаратъ, который изображенъ и на рис. 220, но разрезанный вдоль и раскрытый. Можно видѣть бѣлую, мозговидную карциному шейки и подъ нею большой участокъ удаленнаго вмѣстѣ съ маткой рукава.

тѣ большіе разрѣзы, которые *Dührssen* и *Schuchardt* проводятъ на боковыхъ стѣнкахъ рукава, таковъ *Mackenrodt*'овскій методъ экстирпаціи, при которомъ матка экстирпируется каленымъ желѣзомъ для того, чтобы уничтожить раковые элементы, могущіе оказаться непосредственно въ плоскости разрѣза. Придерживаясь указаннаго принципа, я лично при полной экстирпаціи матки стараюсь накладывать лигатуры по возможности *en masse* и притомъ выбираю такой матеріалъ для нихъ, который навѣрное вель-бы къ некрозу культей, напр., шелкъ, пеньку, но отнюдь не кѣгутъ.

При всемъ томъ, разумѣется, производя экстирпацію матки *per vaginam*, можно захватить и изсѣчь только часть широкихъ связокъ, и это обстоятельство ставить извѣстныя границы данному методу.

Больше всего, однако, границы операціи могутъ быть отодвинуты отъ новообразованія, безспорно, при абдоминальномъ способѣ. Оперируя *per abdomen*, мы можемъ удалить вмѣстѣ съ маткой и

лимфатическія железы, съ окружающимъ жиромъ, до самыхъ отделенныхъ включительно, что не можетъ быть выполнено при вагинальномъ способѣ. Мы можемъ, далѣе, при этомъ оперировать въ здоровой ткани и удалить много здоровой ткани по собѣдству съ карциномой. Экстирпированныя этимъ путемъ матки содержать обычно значительныя количества здоровыхъ или, по крайней мѣрѣ, выглядящихъ здоровыми тканевыхъ массъ. Если необходимость падить мочеточники въ парацервикальной области и требуетъ извѣстной осторожности, въ смыслѣ удержанія отъ чрезмѣрнаго радикализма, — если эта область какъ разъ является мѣстомъ, гдѣ кровеносныя и лимфатическіе сосуды идутъ отъ шейки къ тазу, и гдѣ, стало бытъ, удаленіе тканей должно быть производимо, насколько возможно, широко, то, съ другой стороны, это же является слабой стороной и всякой вообще операціи по поводу рака матки. При абдоминальной операціи эту слабую сторону можно еще обойти, резецируя мочеточникъ и вшивая почечный конецъ его въ пузырь, — способъ, котораго не слѣдуетъ примѣнять принципиально въ каждомъ случаѣ, но который слѣдуетъ держать въ запасъ на случай нужды.

Далѣе, абдоминальная операція позволяетъ съ большимъ удобствомъ и на большемъ протяженіи удалить рукавъ. Какъ это ни кажется на первый взглядъ страннымъ для людей, не имѣющихъ опыта, — со стороны брюшной полости можно легче, основательнѣе и лучше удалить значительный отрѣзокъ верхней части рукава, чѣмъ со стороны половой щели.

Слѣдующее, также крайне важное, преимущество абдоминальной операціи состоитъ въ томъ, что никакимъ другимъ путемъ нельзя получить столь яснаго представленія о топическихъ отношеніяхъ. Ничто не способствовало такъ выясненію вопроса о распространеніи рака матки, какъ абдоминальныя операціи, — ни вскрытія, ни рукавныя операціи. Что со стороны брюшной полости можно увидѣть больше, — это само собою понятно. Процессы въ придаткахъ и брюшинѣ, которые нельзя опредѣлить оцупываніемъ, — являются при этомъ совершенно доступными для наблюдателя. Еще важнѣе пополненіе данныхъ цистоскопическаго изслѣдованія: своеобразное смѣщеніе пузыря при ракахъ, проросшихъ въ пузырьно-шеечную перегородку, расширеніе мочеточниковъ при сжатіи ихъ нижнихъ отрѣзковъ раковыми массами. — все это вещи, которыя можно лишь видѣть, но нельзя оцупать.

Особенно важно, однако, что при оцупываніи со стороны брюшной полости можно съ полною ясностью составить себѣ точное представленіе о состояніи параметрiевъ. Въ иныхъ случаяхъ параметрiи, при оцупываніи со стороны рукава и прямой кишки, представляются утолщенными и раково-инфильтрированными, при пальпаціи же со стороны брюшной полости оказываются достаточно свободными. Нѣкоторыя уплотненія около матки, которыя мы сначала принимали за раковые инфильтраты, — при изслѣдованіи со стороны вскрытой брюшной полости оказываются результатомъ невинныхъ периметритическихъ рощеній или природеній придатковъ. Инфильтрированныя подвздошныя, сакральныя и поясничныя железы зачастую нельзя бываетъ прощупать до вскрытія живота.

Относительно всѣхъ этихъ вещей рукавная операція оставляетъ

насть въ полномъ невѣдѣніи. А какъ важно знаніе ихъ для сужденія о распространенности рака, о способѣ операціи, особенно же — для рѣшенія вопроса о томъ, слѣдуетъ-ли вообще въ данномъ случаѣ дѣлать попытку удаленія рака, или отъ нея надо отказаться! Если-бы абдоминальная операція не представляла никакихъ другихъ преимуществъ, — одна возможность выясненія указанныхъ вопросовъ давала-бы ей рѣшительный перевѣсъ передъ другими способами.

Если мы, на основаніи осмотра брюшной полости и ощупыванія со стороны ея органовъ малаго таза, установимъ, что радикальная операція невозможна, то закрываемъ животъ, не трогая дальше раковой опухоли. Спустя восемь дней, больная можетъ уже невредимо оставить постель. Въ этой формѣ пробная лапаротомія ни при одномъ изъ гинекологическихъ заболѣваній не является столь безопасной и столь умѣстной, какъ при ракѣ.

Съ другой стороны, именно лучшая діагностика можетъ побудить насъ оперировать, иногда, такіе раки, которые на основаніи обычнаго гинекологическаго и цистоскопическаго изслѣдованія представляются неоперируемыми. Къ сказанному едва-ли стоитъ прибавлять, что операція со стороны живота является болѣе чистою, вѣрною и ясною, чѣмъ со стороны рукава. Тамъ — полная ясность, препарированіе подъ контролемъ глаза, здѣсь, по крайней мѣрѣ въ болѣе трудныхъ случаяхъ, — работа наощупъ, зачастую впотьмахъ, иногда даже наугадъ.

Резюмируя все сказанное, мы должны придти къ заключенію, что экстирпація матки черезъ рукавъ является менѣе опасной, можно сказать, даже совершенно безопасной операціей, за то она менѣе гарантируетъ отъ рецидивовъ; наоборотъ, абдоминальная экстирпація является болѣе опасною операціей, но за то она допускаетъ и наиболѣе широкое удаленіе сосѣднихъ съ маткою частей, что является самымъ вѣрнымъ предупреждающимъ средствомъ противъ появленія рецидивовъ.

Такимъ образомъ, очевидно, современные гинекологи должны употребить всѣ усилія, чтобы по возможности уменьшить опасности наилучшаго, т. е. абдоминальнаго, способа.

Извѣщеніе матки *per abdomen* уже значительно утратило свою опасность у меня, Rosthorn'a, затѣмъ — благодаря улучшеніямъ, введеннымъ Wertheim'омъ, Mackenrodt'омъ, Aманн'омъ, Krönig'омъ и др. Большая опасность этой операціи должна быть, далѣе, уже теперь отнесена насчетъ того, что процентъ оперируемыхъ раковъ при ней значительно возросъ. Mackenrodt, напр., оперируетъ теперь 90% всѣхъ раковъ. Döderlein — 69%, а около 70%. Прогресса въ этомъ направленіи надо въ будущемъ ожидать отъ того, что постепенно раки будутъ попадать въ руки операторовъ все чаще и чаще въ ранней своей стадіи.

Если при абдоминальной экстирпаціи смертность выше, чѣмъ при вагинальной, то не слѣдуетъ вводить себя въ обманъ и видѣть въ этомъ преимущество послѣдней операціи. Болѣе высокая смертность съ избыткомъ восполняется тѣмъ, что при абдоминальной экстирпаціи большее число раковъ подвергается радикальной операціи, чѣмъ при рукавной. Приведу простой примѣръ. *Per abdomen* я могу оперировать 70% обращающихся ко мнѣ раковыхъ больныхъ, и изъ этихъ 70% погибаютъ 20%; *per vaginam* же я могу оперировать лишь 40%, и



изъ нихъ не переносятъ операциі 8 %. Иначе говоря, изъ 100 больныхъ ракомъ женщинъ *per abdomen* оперируются 70 и гибнутъ отъ операциі 14, *per vaginam* оперируются 40 и гибнутъ 3,2. Стало быть, изъ 100 раковыхъ больныхъ посредствомъ абдоминальной операциі излечиваются отъ болѣзни 56, посредствомъ ружавной — лишь 36,8.

Если я теперь принципиально держусь той точки зрѣнія, что всѣ раки матки надо оперировать *per abdomen*, то дѣлаю это тѣмъ съ большимъ правомъ, что даже *Olshausen*<sup>1)</sup>, получившій наилучшіе отдаленные результаты отъ влагалищной экстирпациі матки, призналъ, что стойкіе результаты абдоминальной операциі далеко лучше. Влагалищная операція должна, стало быть, принципиально быть замѣнена абдоминальной.

Стремленіе многихъ операторовъ сохранить влагалищную экстирпацию для случаевъ мало распространенныхъ раковъ влагалищной части и тѣла матки должно быть отклонено. Въ противоположность *Schautz*, *Pfannenstiel*ю и другимъ, въ настоящее время еще многочисленнымъ операторамъ, я держусь того убѣжденія, что именно ранніе, незапущенные раки и должны быть оперируемы *per abdomen*; для болѣе запущенныхъ случаевъ это само собою понятно изъ чисто-техническихъ соображеній.

Для удаленія плохо доступныхъ со стороны рукава матокъ существуетъ еще одинъ путь, — тотъ, который *Kraske* предложилъ для удаленія высоко сидящихъ и плохо смѣщаемыхъ раковъ прямой кишки, именно путь сзади, въ подбрюшинной ткани (парасакральный методъ). Проводятъ срединный разрѣзъ позади заднепроходного отверстия, реzeцируютъ копчикъ и нижнюю половину послѣдняго крестцового позвонка, или только надпиливаютъ послѣдній до извѣстной глубины и отвертываютъ наружу (*Hegar*), съ тѣмъ, чтобы потомъ опять поставить его на свое мѣсто (остеопластическая резекція крестца), въ случаѣ нужды — разсѣкаютъ *ligg. tuberoso-sacra* и *spinoso-sacra* и отсюда проникаютъ вглубь. Далѣе отодвигаютъ прямую кишку въ сторону, вскрываютъ поперечно задній *Douglas*овъ карманъ, извлекаютъ матку и отдѣляютъ ее отъ связокъ. Способъ этотъ былъ усовершенствованъ *Nochenegom*ъ и *Herzfeld*омъ, причемъ послѣдній тотчасъ ло извлеченіи матки черезъ вскрытый *Douglas*овъ карманъ закрывалъ полость брюшины, пришивая брюшинный покровъ кишки къ брюшинѣ передняго *Douglas*ова кармана. Дальнѣйшія усовершенствованія этого метода состояли въ томъ, что резекція крестца производилась все въ меньшей степени. *Zuckerkan*dл хотѣлъ совсѣмъ избѣгнуть ея, проникая вглубь слѣва отъ нижней части крестца. Особенно горячимъ защитникомъ разбираемаго метода былъ *Schede*, который предпочиталъ его особенно потому, что при этомъ методѣ можно перевязывать связки на большомъ разстояніи отъ мѣста пораженія, — взгляды, къ которому присоединяется и *P. Müller*. Впрочемъ, съ технической разработкою абдоминальнаго способа, сакральный методъ отступилъ на задній планъ, тѣмъ болѣе, что онъ даже въ рукахъ искуснѣйшихъ операторовъ давалъ довольно высокую цифру смертности (28 % у *Schede*).

Если случай является уже безнадежнымъ, если параметріи уже инфильтрированы<sup>2)</sup>, а цистоскопъ показываетъ, что ракъ уже глу-

1) У *Olshausen*'а изъ числа больныхъ съ ракомъ матки, оперированныхъ *per vaginam*, 79 % оказались свободными отъ рецидива въ теченіи первыхъ 2 лѣтъ послѣ операциі и 30 % — въ теченіи 5 лѣтъ. В. Г.

2) Наличие раковыхъ инфильтратовъ въ параметріяхъ, разумѣется, неоспоримо свидѣтельствуетъ, что ракъ уже успѣлъ распространиться за предѣлы матки. Но если мы, при пальпациі, находимъ параметріи и неизмѣненными, — это вовсе еще не доказываетъ, что раковый процессъ ограниченъ предѣлами матки. И мнѣ, и другимъ операторамъ не разъ приходилось наблюдать случаи, гдѣ параметріи у раковыхъ больныхъ, повидимому, представлялись нетронутыми, а между

боко проросъ въ шеечно-пузырную ткань, то наше лечение можетъ быть направлено только противъ отдѣльныхъ симптомовъ; при этомъ въ тѣхъ случаяхъ, когда новообразование не даетъ никакихъ мѣстныхъ припадковъ, нѣтъ нужды и примѣнять какое-либо мѣстное лечение. Большую ошибку дѣлаетъ тотъ, кто скоблитъ и рѣжетъ твердую, не кровоточащую и не гноящуюся раковую опухоль, недоступную для радикальной операціи. Этимъ путемъ мы дѣлаемъ въ ракъ язву, которой тамъ раньше не было. Осторожное примѣненіе вяжущихъ спринцованій съ цѣлью уменьшить выдѣленіе слизи — вотъ все, что нужно сдѣлать въ подобныхъ случаяхъ.

Можно также испробовать здѣсь впрыскиванія въ карциноматозныя массы, при помощи Равагъ'евскаго шприца, поктанина (Moesig-Moorghof) (1:200), метиленовой синьки или абсолютнаго алкоголя. Послѣ инъекціи ткань въ окрестности укола сморщивается, и кровотеченіе уменьшается. Мнѣ не приходилось видѣть вредныхъ послѣдствій отъ этого метода лечения, хотя я не видѣлъ также и особенно благоприятныхъ результатовъ отъ него. Во всякомъ случаѣ способъ этотъ отнюдь не можетъ быть названъ специфическимъ. Кромѣ того, инъекціи обыкновенно бываютъ сопряжены съ болью.

Мѣстная палліативная терапія вступаетъ въ свои права лишь тогда, когда имѣются на лицо большія, легко кровоточащія массы, какъ то бываетъ особенно часто при ракахъ влагалищной части, напоминающихъ собою цвѣтную капуту, и при разрастающихся карциномахъ нижнихъ отдѣловъ цервикальнаго канала. Въ этихъ случаяхъ срѣзываютъ ножницами все, что можетъ быть удалено, и прижигаютъ оставшуюся рану при помощи шарообразнаго термокаутера возможно глубже, какъ-бы желая разрушить всю карциноматозную ткань. Если же раковые бугры невелики, или ихъ вовсе нѣтъ, такъ какъ распаденіе опухоли далеко ушло впередъ, то ограничиваются примѣненіемъ острой ложечки и удаляютъ все то, что отскабливается при среднемъ надавливаніи на ложку. Послѣ этого прижигаютъ кровоточащую поверхность каленымъ желѣзомъ или дымящейся азотной кислотой. Для того, чтобы при манипуляціяхъ съ каленымъ желѣзомъ не накалился слишкомъ ложкообразныя зеркала, закладываютъ между стѣнками рукава и ложками зеркала пропитанные карболовымъ растворомъ куски ваты, или же пользуются деревянными, выложенными внутри металломъ зеркалами. Затѣмъ промываніемъ удаляютъ все отдѣлившіяся куски ткани, осушаютъ прижатенную поверхность раны и припудриваютъ ее іодоформомъ, дерматоломъ, айроломъ или бороганниномъ; можно также плотно затампировать рукавъ виоформенной марлей, оставляя тампонъ на сутки.

По удаленіи тампона рана обыкновенно представляется покрытой грязнымъ, но неособенно вонючимъ отдѣляемымъ. Дурной запахъ возвращается къ нему лишь впоследствии, и устраненіе его является одною изъ самыхъ трудныхъ задачъ симптоматическаго лечения запущеннаго рака матки. Дезинфицирующія спринцеванія

тѣмъ при операціи оказывалось, что подвздошныя железы уже заключаютъ въ себѣ раковые метастазы. По даннымъ Вайсша, явленіе это особенно часто наблюдается при ракъ цервикальнаго канала. В. Г.

обыкновенно не въ состояніи его вполне устранить. Наши дезинфицирующія средства въ той концентраціи, которую мы примѣняемъ, отнюдь не оказываютъ такого дѣйствія, чтобы даже на короткое время вполне дезодорировать столь изрытую, смердящую язвенную поверхность, какая бываетъ при запущенныхъ ракахъ влагалищной части. Несмотря на это, намъ все же приходится прибѣгать къ спринцеваніямъ, если только больныя не находятся подъ нашимъ постояннымъ наблюденіемъ. Спринцеванія эти должны быть обильны и дѣлаться нѣсколько разъ въ день.

Для спринцеваній при ракѣ я охотно назначаю таннинъ въ смѣси съ глицериномъ аа по 2—5 столовыхъ ложки смѣси на  $\frac{1}{2}$ -литра воды. Конечно, здѣсь могутъ быть примѣняемы и обыкновенныя дезинфицирующія средства, напр. карболовая кислота, тимоль, салициловая кислота, *kalii hypermanganicum*, алкоголь, лизоль, формалинъ и др. Больнымъ изъ болѣе состоятельнаго класса я рекомендую примѣнять ватные тампоны, пропитанные одесколономъ или крѣпкими духами.

Если больныя находятся подъ постояннымъ наблюденіемъ врача, то я предпочитаю сухое леченіе. Выскабливаніе ограничивается на нѣкоторое время выдѣленіе гнойныхъ бѣлей, если же онѣ опять появятся, то я каждые два дня присыпаю раковую язву виоформомъ, дерматоломъ, танниномъ, смѣсью изъ равныхъ частей таннина и салициловой кислоты или такую же смѣсью таннина съ бензойнокислымъ натріемъ. Иногда я ввожу въ рукавъ больнымъ тампоны, пропитанные іодной тинктурой, или прикагаю черезъ зеркало разрастающіяся карциноматозныя массы концентрированной карболовой кислотой, дымящейся азотной кислотой, скипидаромъ или опять-таки каленымъ желѣзомъ.

Спустя нѣкоторое время, обыкновенно приходится повторять выскабливаніе.

Прижигающія средства, которыя разрушаютъ ткани на большую глубину, напр. хлористый цинкъ въ крѣпкихъ растворахъ, я употребляю при ракѣ матки неохотно. Казалось-бы, средства эти являются здѣсь какъ разъ подходящими вслѣдствіе своего глубокаго разрушающаго дѣйствія. Можно было-бы предполагать, что результатомъ ихъ дѣйствія будетъ полное разрушеніе раковыхъ тканей, тогда такъ на окружающія здоровыя ткани они подѣйствуютъ гораздо слабѣе. Въ силу такихъ соображеній хлористый цинкъ нѣсколько лѣтъ тому назадъ и примѣнялся весьма охотно при запущенныхъ ракахъ: крѣпкимъ (1:1—1:5) растворомъ его пропитывали ватный тампонъ, прикладывали послѣдній къ раковой язвѣ послѣ предварительнаго ея выскабливанія и оставляли впродолженіи 24 часовъ. Я самъ примѣнялъ этотъ способъ и рекомендовалъ его, но скоро убѣдился, что предположеніе, будто разрушающее дѣйствіе хлористаго цинка направлено предпочтительно на раковую ткань, является не болѣе, какъ иллюзіей. Примѣненіе хлористаго цинка, далѣе, весьма болѣзненно и не даетъ болѣе благоприятныхъ результатовъ, чѣмъ вышеописанное леченіе, а между тѣмъ является гораздо менѣе безопаснымъ, чѣмъ это послѣднее, такъ какъ мы не можемъ знать, до какой глубины распространится разрушающее дѣйствіе этого средства. Въ виду этого я совѣтую избѣгать примѣненія при ракахъ матки хлористо-цинковой пасты.

Въ равной степени мало пригоднымъ средствомъ является спиртовой растворъ брома, который, несмотря на свое болѣе слабое дѣйствіе по сравненію съ хлористымъ цинкомъ, раньше примѣнялся весьма часто при неоперабельныхъ ракахъ матки<sup>1)</sup>.

1) Однимъ изъ самыхъ лучшихъ средствъ для палліативнаго леченія неоперабельныхъ раковъ матки я считаю углекальцій или кальцій-карбидъ. Способъ примѣненія его весьма простъ: уложивъ больную въ спинно-крестцовомъ положе-

Чѣмъ дальше ушелъ впередъ ракъ матки, тѣмъ осторожнѣе нужно быть съ выскабливаніемъ, чтобы не произвести прободенія въ пузырь или rectum. Съ такою же осторожностью нужно производить и прижиганіе каленымъ желѣзомъ.

Вышеописанное леченіе не только уменьшаетъ нагноеніе опухоли, но и оказываетъ благоприятное дѣйствіе на кровоточенія, которыя при ракахъ матки бываютъ иногда чрезвычайно сильны и опасны.

Это, однако, и все, что мы можемъ сдѣлать при запущенныхъ ракахъ мѣстнымъ леченіемъ; измѣнить же судьбу больной, если ракъ зашелъ слишкомъ далеко, мы не въ состояніи. Мы можемъ удалить много карциноматозной ткани, но отнюдь не всю. Впрочемъ, чѣмъ больше раковой ткани будетъ удалено, тѣмъ продолжительнѣе будетъ успѣхъ. Поэтому въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ экстирпация матки невозможна, но гдѣ можно хотя отчасти отдѣлать больныя ткани отъ здоровыхъ, мы должны постараться дѣйствовать возможно болѣе радикально. Лучше всего это достигается при помощи иссѣченія маточной шейки термокаутеромъ (Sänger). Способъ этотъ заключается въ томъ, что дѣлаютъ термокаутеромъ круговой рѣзъ въ здоровыхъ участкахъ влагалищныхъ сводовъ и отдѣляютъ опухоль отъ окружающихъ здоровыхъ тканей настолько, насколько это будетъ технически возможно. Кровоточеніе изъ сосудовъ можетъ быть при этомъ остановлено путемъ наложенія пинцетовъ на продолжительный срокъ. Не слѣдуетъ забывать, что во время операціи весьма легко повредить мочеточники и такимъ образомъ вызвать у больной образованіе мочеточниковаго свища. Дальнѣйшее леченіе ведется такимъ же образомъ, какъ это было указано выше.

Въ общемъ ракъ матки въ теченіе сравнительно непродолжительнаго времени ведетъ организмъ къ гибели. Нѣкоторые виды, впрочемъ, а именно т. назыв. скірры, при которыхъ новообразованіе эпители-

ніи, раскрываютъ ей рукавъ зеркалами, промываютъ его какимъ-нибудь обеззараживающимъ растворомъ, затѣмъ обсушиваютъ его стѣнки и поверхность опухоли ватными шариками и вкладываютъ сухимъ пинцетомъ одинъ или нѣсколько кусочковъ углекальція, съ орѣхъ величиною, помѣщая ихъ или въ углубленія раковой опухоли, или плашмя на ея поверхности. Лишь только углекальцій коснется влажной поверхности новообразованія, онъ начинаетъ разлагаться на ацетиленъ и бѣлую известь. Не дожидаясь, пока разложеніе достигнетъ значительной степени, укрѣпляютъ кусочки карбида въ ихъ положеніи тампономъ, который оставляютъ на сутки. По истеченіи этого срока вынимаютъ тампонъ и путемъ промыванія удаляютъ отделившіеся кусочки прижатой опухолевой ткани и образовавшуюся изъ углекальція известь. Обыкновенно уже однократное примѣненіе углекальція даетъ рѣзкій эффектъ: опухольныя разрошенія отпадаютъ, на мѣстѣ ихъ получается язва съ чистымъ, ровнымъ дномъ, совершенно не кровоточащая и не издающая дурного запаха. Иногда послѣ прижиганія углекальціемъ у больной не только прекращаются кровоточенія и зловонныя бѣли, но ослабѣваютъ и боли. Описанный эффектъ длится около недѣли и больше, послѣ чего вызываемые ракомъ припадки вновь возвращаются, требуя новаго прижиганія. Въ такомъ видѣ леченіе углекальціемъ вѣрно достигаетъ своей цѣли, совершенно безопасно и не сопровождается никакими дурными побочными послѣдствіями; въ частности, оказывая сильное разрушающее дѣйствіе на раковую ткань, углекальцій почти не оказываетъ дѣйствія на здоровыя ткани. Въ виду всего этого описанный способъ можетъ быть особенно рекомендованъ для примѣненія у больныхъ, не желающихъ или не имѣющихъ возможности пользоваться стационарнымъ леченіемъ въ клиникахъ и больницахъ. В. Г.

альныхъ массъ идетъ весьма медленно, а потому медленно идетъ и распадъ, образованіе же соединительной ткани и ея рубцеваніе идетъ весьма энергично, — вызываютъ смерть въ промежутокъ времени въ два и болѣе раза большій. Въ виду этого при запущенныхъ ракахъ матки никогда не слѣдуетъ спѣшить съ прогнозомъ и не предсказывать слишкомъ рано вѣрной смерти!

Примѣръ: больная 56-ти лѣтъ, рожавшая одинъ разъ, жалуется на водянистыя бѣлы безъ запаха, къ которымъ часто бываетъ примѣшана кровь. Сильныхъ кровотеченій никогда не было. Пробная эксцизія позволяетъ распознать ракъ шейки. Я наблюдалъ эту пациентку въ теченіе еще 5 лѣтъ, но не могъ констатировать сколько-нибудь значительнаго распространенія новообразованія. Между тѣмъ, уже при первомъ изслѣдованіи я убѣдился, что ракъ проникъ съ обѣихъ сторонъ въ тазовую кѣлѣчатку и не былъ доступенъ радикальному леченію<sup>1)</sup>.

Сhrobak (Blau) сообщаетъ, что одна раковая больная умерла лишь черезъ 11 лѣтъ послѣ паллиативной операциі, другая была жива черезъ 9 лѣтъ, а третья — черезъ 6 лѣтъ.

Больныя ракомъ обыкновенно подолгу остаются пациентками врача. Это нужно имѣть въ виду и постоянно видоизмѣнять соотвѣтственнымъ образомъ внутреннюю и наружную терапію. Нужно также умѣть устроить подходящую для больной обстановку; особенное вниманіе нужно обратить на дезодорированіе окружающаго воздуха. Обоняніе больной весьма скоро свыкается съ исходящимъ отъ нея смрадомъ; но не такъ обстоитъ дѣло съ ухаживающими за больной ея близкими. Въ виду этого нужно хорошо дезинфицировать и часто чистить платье и бѣлье больной.

Для дезодоризаціи комнатнаго воздуха я не знаю лучшаго средства, какъ бромъ. Нужно взять одну изъ Schering'овскихъ бромкремнеземныхъ пластинокъ (Bromkieselguhrstange) и помѣстить ее въ банку съ притертой пробкой, вставивъ между пробковой и горлышкомъ банки кусокъ бумаги. Удаливъ затѣмъ изъ комнаты больной металлическія вещи, а тѣ, которыхъ нельзя удалить, защитивъ тонкимъ слоемъ вазелина, ставятъ баночку на возвышенномъ мѣстѣ, т.-е. на шкафу или на окнѣ. При этомъ изъ склянки попадаетъ въ комнату столь незначительное количество паровъ брома, что они не оказываютъ дѣйствія ни на дыхательное горло, ни на ткани. Въ то же время ихъ оказывается вполне достаточно, чтобы устранить въ комнатѣ дурной запахъ и поддерживать пріятную, освѣжающую атмосферу.

Въ добавокъ къ сказанному, упомяну еще объ одномъ способѣ устранить распадѣніе и вонь при запущенныхъ ракахъ. Въ подобныхъ случаяхъ я не разъ прибѣгалъ къ образованію прямокишечно-вагинальнаго свища и закрытію входа въ рукавъ позади уретры (colproctostomia) съ закрытіемъ вульвы или colpoclesis rectalis). Послѣ этой операциі больныя получаютъ возможность произвольно удалять распадающіяся массы per anum, освобождаются отъ свойственнаго имъ дурного запаха и одновременно — отъ разъѣдающаго дѣйствія гниlostагнаго отдѣлимаго на кожу въ окрестности паружныхъ половыхъ частей. Конечно, новообразованіе въ закрытомъ половомъ каналѣ продолжаетъ дальше разрастаться безпрепятственно. Тѣмъ не менѣе, операциа эта приноситъ несомнѣнную пользу: состояніе больныхъ значительно улучшается, анетитъ усиливается, сонъ возвращается, нѣкоторыя больныя прибавляются въ вѣсѣ и даже приобретаютъ цвѣтущій видъ; кромѣ того, присутствіе раковыхъ больныхъ, — что весьма важно, — легче переносится при этомъ окружающими. Такимъ образомъ операциа эта дѣлаетъ болѣе возможнымъ уходъ за больными, а это при безнадежныхъ ракахъ имѣетъ огромное значеніе.

1) Замѣчательно, что случаи такого длительного теченія рака имѣютъ мѣсто преимущественно у женщинъ преклоннаго возраста; напротивъ, чѣмъ въ болѣе молодомъ возрастѣ появляется ракъ, тѣмъ злокачественнѣе онъ протекаетъ. Единственно возможное объясненіе этого факта заключается въ томъ, что склерозированныя ткани старческаго организма не представляютъ достаточно благоприятной почвы для быстрого распространенія раковаго процесса. В. Г.

Въ литературѣ описанный способъ встрѣтилъ, однако, рѣзко-отрицательное отношеніе, — разумѣется, со стороны лицъ, которыя его никогда не пробовали примѣнять.

Послѣднимъ способомъ палліативнаго леченія запущенныхъ раковъ является перевязка обихъ подчревныхъ артерій. Большой дѣлають лапаротомію, разсѣкають брюшину въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ подчревныя артеріи отходятъ отъ обихъ подвздошныхъ, изолируютъ каждую подчревную артерію, подводятъ подъ нее лигатуру при помощи тупой иглы Deschamps'a и крѣпко завязываютъ. Послѣ этой операціи кровотеченія и ростъ опухоли замедляется. Разумѣется, о „блестящемъ успѣхѣ“ при этомъ говорить не приходится. Къ указанному способу можно прибѣгать тамъ, гдѣ при чревосѣченіи ракъ оказывается совершенно неоперируемымъ. Я практиковалъ этотъ способъ втеченіи долгаго времени, но теперь давно уже не прибѣгаю къ нему, такъ какъ убѣдился, что результаты этой операціи не отвѣчаютъ самымъ скромнымъ требованіямъ. Относительно примѣненія при ракѣ матки фульгураціи по Keating-Harty, т.е. токовъ высокаго напряженія съ большимъ числомъ оборотовъ, пока нельзя сказать еще ничего опредѣленнаго. Во всякомъ случаѣ отъ этого способа можно ожидать лишь палліативной помощи (Czermy, Leopold, Benkiser, Grimm).

Если у раковой больной образовался пузырный свищъ, то она должна носить съ собой мочепрѣмникъ, чтобы собирать вытекающую по каплямъ мочу.

Будучи и безъ того тяжелымъ заболѣваніемъ, ракъ матки становится еще опаснѣе, когда онъ осложненъ беременностью. Это сочетаніе встрѣчается, впрочемъ, сравнительно рѣдко, такъ какъ, съ одной стороны, ракъ обыкновенно развивается въ климактерическомъ возрастѣ, а съ другой, возникая у болѣе молодыхъ особъ, онъ является помѣхою для зачатія. Winkkel на 20000 родовъ встрѣтилъ осложненіе ракомъ въ 10 случаяхъ; я среди менѣе значительнаго числа беременных встрѣтилъ его чаще. Почти всегда въ этихъ случаяхъ ракъ встрѣчается у женщинъ уже рожавшихъ; изъ различныхъ формъ рака здѣсь исключительно попадаютъ раки шейки и влагалищной части, но никогда, — по весьма понятнымъ причинамъ, — ракъ тѣла. Обыкновенно начало болѣзни здѣсь предшествуетъ началу беременности.

Подъ влияніемъ беременности и вызываемаго ею расширенія соковыхъ путей, энергія роста раковой опухоли обыкновенно сильно повышается. Сама по себѣ беременность въ ракѣ помѣхи себѣ не встрѣчаетъ. Правда, у раковыхъ больныхъ нерѣдко наблюдается преждевременное ея прерываніе, но оно зависитъ не отъ самаго рака, а отъ сопутствующаго ему эндометрита. Нерѣдко также здѣсь встрѣчается предлежаніе послѣда, изрѣдка наблюдаются произвольные разрывы матки, изрѣдка — невозможность родовъ вслѣдствіе ригидности опухоли и вреднаго влиянія ея на работоспособность маточной мускулатуры, чаще — разрывы и разможженія пораженной ракомъ шейки.

Припадки, которыми проявляется ракъ, а именно, кровотеченія и распаденіе опухоли, — подъ влияніемъ беременности обычно увеличиваются.

Діагнозъ рака у беременных нетруденъ, такъ какъ, повторяемъ, здѣсь всегда имѣетъ мѣсто ракъ шейки<sup>1)</sup>. Равнымъ образомъ нетрудно распознать и беременность у раковыхъ больныхъ, особенно зашедшую далеко; впрочемъ, и въ первые мѣсяцы своего развитія беременность легко можетъ быть распознана, если врачъ обратитъ надлежащее вниманіе на всѣ имѣющіеся у больной, признаки.

Терапія при оперируемыхъ ракахъ у беременных должна заключаться въ экстирпаціи матки, причѣмъ операцію эту слѣдуетъ производить немедленно, не дожидаясь жизнеспособности плода. До пятаго мѣсяца беременности матку можно изсѣкать per vaginam, не опорожняя; отъ 5-го до 7-го мѣсяца ее сначала слѣдуетъ опорожнить, потомъ тотчасъ же экстирпировать. Начиная съ восьмого мѣсяца слѣдуетъ принимать въ расчетъ жизнь плода и производить кесарское сѣченіе съ послѣдующей абдоминальной экстирпаціей матки. Можно также въ подходящихъ случаяхъ разсѣчь матку со стороны рукава, извлечь ребенка, затѣмъ экстирпировать опорожненный органъ (влагалищное кесарское сѣченіе по Dührsen'у).

1) Тамъ, гдѣ діагнозъ рака ставится на основаніи микроскопическаго изслѣдованія вырѣзанныхъ изъ опухоли кусочковъ или высокленной слизистой оболочки цервикальнаго канала, необходимо помнить, что иногда у беременных и безъ всякаго рака имѣетъ мѣсто разрастаніе и метаплазія эпителия — какъ покровнаго, такъ и железистаго. В. Г.

Если доступный радикальной операциі ракъ будетъ открытъ во время родовъ, то при достаточной растяжимости шейки, — что бываетъ, если новообразованіе занимаетъ лишь часть окружности зѣва. — можно выждать естественнаго окончанія родовъ или окончить ихъ путемъ той или другой акушерской операциі и немедленно затѣмъ приступить къ экстирпациі матки черезъ рукавъ.

Впрочемъ именно при осложненіи рака беременностью принципиально показуется абдоминальная экстирпациа и противопоказуется рукавная, такъ какъ ни одно состояніе не облегчаетъ такъ распространенія и роста рака, какъ беременность. Если какіе раки слѣдуетъ оперировать по возможности радикально, то именно осложненные беременностью. Иначе они рецидивируютъ въ скорѣйшемъ же времени.

Если мы имѣемъ дѣло съ осложняющимъ беременность ракомъ, который уже не можетъ быть оперированъ радикально, то его слѣдуетъ лечить палліативными средствами, причемъ нужно имѣть въ виду главнымъ образомъ интересы ребенка. Если возможность родовъ *per vias naturales* исключается вслѣдствіе ригидности новообразованія, то наиболѣе подходящей здѣсь является операциа Рого съ вѣбрюшиннымъ уходомъ за культей.

### III. Хоріо-синцитіальная карцинома, синцитіальная опухоль, *chorioepithelioma malignum*.

Подъ этими названіями извѣстна опухоль особаго рода, которая развивается изъ внутренняго слоя маточной стѣнки и растетъ или диффузно, или въ видѣ обособленныхъ узловъ, въ рѣдкихъ случаяхъ являясь недоступной макроскопическому изслѣдованію; опухоль эта прорастаетъ маточную ткань и часто имѣетъ ясно выраженный гѣморрагическій характеръ, вслѣдствіе чего сердцевица ея на разрѣзѣ имѣетъ красный цвѣтъ, свободная же поверхность опухоли обнаруживаетъ наклонность къ распаденію и нагноенію. Опухоль эта даетъ метастазы какъ въ сосѣдніе органы (влагалище), такъ и въ другія части организма. Особенно излюбленнымъ мѣстомъ ея метастазовъ являются легкія. Метастазы распространяются по кровеноснымъ сосудамъ, часто имѣютъ быстрый ростъ и ведутъ къ быстрой смерти.

Разбираемое новообразованіе постоянно встрѣчается у женщинъ, перенесшихъ беременность, зачастую — послѣ выкидышей, нерѣдко также (по Veit'у — исключительно) — послѣ беременности пузырьнымъ заносомъ. Исходнымъ пунктомъ его развитія всегда является внутренняя поверхность маточнаго или трубнаго плодovмѣстища. Микроскопъ обнаруживаетъ, что оно состоитъ обыкновенно изъ клѣтокъ нѣсколькихъ типовъ, а именно: изъ синцитіальной ткани, изъ клѣтокъ, походящихъ на клѣтки Langhans'овскаго слоя ворсинокъ, и (въ рѣдкихъ случаяхъ) изъ элементовъ соединительной ткани chorii. Кроме того, въ опухоли находится большое количество кровяныхъ полостей, гѣморрагій и некротическихъ мѣстъ.

Клѣтки вышеозначенныхъ трехъ типовъ весьма часто встрѣчаются въ опухоли и ея метастазахъ вмѣстѣ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ Langhans'овскія клѣтки и элементы хоріальной соединительной ткани въ опухоли отсутствуютъ.

Для лучшаго уразумѣнія структуры этой опухоли служатъ рис. 224 и 225. Рис. 224 изображаетъ ворсинку плаценты на 4 мѣсяцѣ беременности; въ центрѣ ворсинки содержится соединительную тканьъ, по периферіи же она покрыта внутри слоемъ Langhans'овскихъ клѣтокъ, а снаружи — синцитіемъ. Рис. 225 представляетъ срѣзъ синцитіомы, изображенной на рис. 222. Если сравнить оба рисунка 224 и 225, то на рис. 225 легко распознать какъ Langhans'овскія клѣтки, такъ и элементы синцитія.

По изслѣдованіямъ Macchard'a, данная опухоль представляетъ собою карциноматозное новообразованіе, въ которое входятъ, какъ интегральныя части, синцитій и Langhans'овскія клѣтки, т.е. элементы эктодермальнаго происхожденія. Съ другой стороны, однако, новообразованіе это имѣетъ большое сходство съ саркомами, особенно по способу образованія метастазовъ путемъ кровеносной системы. Возникновенію этого новообразованія благоприятствуетъ, какъ мы уже замѣтили, пузырьный заносъ. Это зависитъ оттого, что при послѣднемъ вращаніи эпителиальныхъ элементовъ въ запоздалую отпадающую оболочку происходитъ

въ гораздо большей степени, чѣмъ при нормальной беременности, а также вслѣдствіе того, что въ разрастаніи эпителиальнаго покрова ворсинокъ и заключается, собственно говоря, процессъ пузырнаго заноса (по Marchand'y), самое же разбуханіе соединительной ткани ворсинокъ имѣеть значеніе лишь второстепеннаго процесса. Участіе въ данномъ новообразованіи элементовъ соединительной ткани chorii Marchand считаемъ до сихъ поръ недоказаннымъ.



Рис. 222. Chorioepithelioma malignum. Экстирпованная матка, разрѣзанная вмѣстѣ съ опухолію. Больная 34 лѣтъ, пять разъ рожавшая нормально; 1½ года тому назадъ у нея была удаленъ врачомъ на четвертомъ мѣсяцѣ беременности пузырный заносъ; годъ спустя у нея было сдѣлано по поводу кровоточеній выскабливаніе, и тогда была поставленъ точный діагнозъ (проф. Nauweger въ Хемницѣ); черезъ 1 года послѣ этого она была принята въ мою клинику по поводу сильнаго кровоточенія, и ей была сдѣлана полная экстирпація матки per vaginam (Hahn). Опухоль была гистологически изслѣдована и описана R. Sticher'омъ. Спустя два года послѣ операціи больная еще пользовалась прекраснымъ здоровьемъ.

Позднѣйшіе изслѣдователи, между прочими Neumann и я, подтвердили до мелочей данныя Marchand'a. Другіе наблюдатели, однако, пришли къ инымъ заключеніямъ, въ особенности по вопросу о происхожденіи этой опухоли. Pfeiffer, напр., видитъ въ этой послѣдней, главнымъ образомъ, результатъ разрастанія децидуальныхъ элементовъ, а Sängger съ самаго начала охарактеризовалъ ее, какъ sarcoma deciduocellulare. Veit придерживается того мнѣнія, что при этихъ опухоляхъ мы имѣемъ дѣло съ новообразованіями (именно, съ фибросаркомами), которыя существовали въ маткѣ еще до беременности заносомъ, и которыя принимаютъ свои характерныя особенности, — превращеніе опухольныхъ клѣтокъ въ синцитій, — лишь послѣ наступленія беременности. Всѣ эти взгляды, равно какъ и взгляды Pfannenstieг'a, который считаетъ синцитій за эндотелій материнскихъ сосудовъ и поэтому видитъ въ синцитіальныхъ опухоляхъ — эндотелиомы, слѣдуетъ признать несостоятельными.

Весьма важное значеніе для пониманія гистологіи и гистогенеза этихъ опухолей имѣеть находка Schlangenhaufer'a, открывшаго такія же разрошенія, какія наблюдаются въ хоріоэпителиомахъ и пузырныхъ заносахъ, — въ тератондной метастазирующей опухоли яичка. Въ преніяхъ по поводу этого случая Recklinghausen высказалъ взглядъ, что своеобразное расположеніе клѣтокъ въ хоріоэпителиомахъ можетъ зависѣть отъ метапластическаго разрастанія эпителия, и что клѣтки эти не всегда должны непременно происходить изъ элементовъ яичцевыхъ оболочекъ или какихъ-либо элементовъ половыхъ железъ. Pick, Schmorl, Schlangenhaufer и Schmit наблюдали въ рукавѣ, послѣ беременности пузырнымъ заносомъ и послѣ выкидышей, опухоли, которыя гистологически представляли полное сходство съ метастазами хоріоэпителиомы, между тѣмъ какъ матка оказывалась свободной отъ какого-либо новообразованія, и сами опухоли послѣ удаленія не рецидивировали, т. е. отличались замѣчательной доброкачественностью. Съ другой стороны, Pick и Schmorl наблюдали послѣ пузырныхъ заносовъ, при нормальной маткѣ, такія же опухоли въ печени, легкихъ, рукавѣ и кишечникѣ, отличавшіяся, однако, большою злокачественностью и быстро приводившія больныхъ къ смерти. Происхожденіе подобныхъ опухолей находитъ себѣ естественное объясненіе въ нерѣдко наблюдаемомъ при нормальной беременности и при пузырномъ заносѣ разнесеніи отдѣльныхъ клѣтокъ эпителия chorii или частей ворсинокъ кровянымъ токомъ. Къ этому надо добавить, что слизистая оболочка матки подъ влияніемъ хоріоэпителиомъ можетъ подвергаться децидуальнымъ измѣненіямъ (Riesel).



Разнесене ворсинок не есть еще непрѣмный признакъ злокачественности и не даетъ въ результатъ обязательно хоріоэпителіому. Чтобы послѣдняя получилась, эпителиальныя кѣтки хоріона должны сначала переродиться путемъ биологическаго измѣненія ихъ протоплазмы. Veit думаетъ, что послѣднее наступаетъ лишь въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ эпителий хоріона заносится безъ соединительной ткани ворсинъ; въ такомъ эпителии наступаютъ разстройства питанія, и результатомъ ихъ-то является превращеніе нормальныхъ кѣтокъ въ раковыя.



Рис. 223. Chorіoepithelioma malignum. Матка разрѣзана по лѣвому ребру. Въ лѣвой половинѣ ея (считая отъ зрителя) слизистая оболочка поражена плоской, продолговатою первичною опухолью, небольшая часть которой видна и въ правой половинѣ. Главная масса опухоли сидитъ въ лѣвой маточной стѣнкѣ и лѣвомъ параметріи; срѣзь прошелъ какъ разъ черезъ нее. Весьма характерно богатство опухолевой ткани кровоизліяніями. Въ лѣвой стѣнкѣ метастазъ въ венѣ, величиною съ горошину. Больная 39 л., оперирована 13/IX 1907 (рукавная экстипация матки), умерла 24/X того же года. При вскрытіи найдены многочисленныя метастазы въ обоихъ легкіяхъ, правомъ надпочечникѣ и паховыхъ железахъ.

Между тѣмъ какъ опухоли, наблюдавшіяся Schlangenhäufel'омъ и др., т.-е. опухоли, находимыя въ какихъ-либо органахъ тѣла независимо отъ беременности, вполне правдоподобно могутъ быть приняты за эктодермальныя включенія, или, иначе говоря, за образования, генетически подобныя настоящимъ дермоидамъ, — тѣ хоріоэпителіомы, которыя развиваются въ связи съ беременностью, но при которыхъ первичныя очаги новообразования на внутренней поверхности матки (или трубъ) отсутствуютъ, признавались ранѣе результатомъ разростанія блуждающихъ кѣтокъ хоріона, т.-е. тѣхъ кѣтокъ и кѣточныхъ группъ, которыя при задержкѣ ворсистой оболочки послѣ выкидыша или родовъ бывають находимы въ мышечныхъ слояхъ матки, и которыя несомнѣнно имѣютъ хоріальное происхожденіе. R. Meuer доказалъ, однако, что здѣсь дѣло идетъ не объ отдѣлившихся отъ хоріона кѣткахъ; на серіяхъ срѣзовъ онъ постоянно могъ прослѣдить связь этихъ элементовъ съ остатками ворсистой оболочки, сидѣвшими на внутренней поверхности матки; стало быть, здѣсь слѣдуетъ говорить не о „блужданіи“ кѣтокъ, а о проростаніи ихъ въ глубину. При этомъ процессъ могутъ получить анатомическія и особенно микроскопическія картины, которыя, правда, отличаются отъ аналогичныхъ картинъ при настоящихъ хоріоэпителіомахъ, но, тѣмъ не менѣе, очень похожи на нихъ. Этотъ процессъ надо имѣть въ виду при оцѣнкѣ тѣхъ, неоднократно описанныхъ (Högnap'омъ и др.) случаевъ, гдѣ имѣли мѣсто доброкачественныя, сами собою проходившія хоріоэпителіомы.

L. Fгаенkel, Кгеbs и др. указали на связь между хоріоэпителиомой (или пузырьным заносомъ) и лютеиновыми кистами яичника. Fгаенkel, раньше видѣвшій въ чрезмѣрномъ разрастаніи лютеиновой ткани толчокъ къ разрастанію трофобласта, результатомъ какового разрастанія и является пузырьный заносъ, склоняется теперь къ мнѣнію, что опухоль механически повреждаетъ corpus luteum, и благодаря этому яйцо съ самаго начала своей прививки заболѣваетъ. Другіе наблюдатели (Wallart, Seitz, Risel) указываютъ на то, что одновременное совпаденіе заболѣванія яичниковъ и пузырьнаго заноса встрѣчается далеко не всегда, и причиной связи между обоими состояніями никакой нѣтъ.



Рис. 224.



Рис. 225.

Рис. 224. Разрѣзъ ворсинки хоріона въ раннихъ мѣсяцахъ беременности. На разрѣзѣ можно видѣть двойной кѣлочный покровъ ворсинки, состоящій изъ внутренняго Langhans'овскаго слоя и наружнаго синцитіальнаго.

Рис. 225. Микроскопическій препаратъ изъ злокачественной хоріоэпителиомы, изображенной на рис. 222. На препаратѣ легко различить оба типа образующихъ опухоль тканей: большія кубическія кѣтки Langhans'овскаго слоя и богатый ядрами, состоящій изъ слившихся между собою кѣтокъ, синцитій.

Я наблюдалъ до сихъ поръ 8 случаевъ хоріоэпителиомы. Въ одномъ изъ нихъ, — который послужилъ для рис. 222 — была сдѣлана полная рукавная экстирпация. Пациентка очень скоро оправилась отъ кровотеченія, предшествовавшаго операциі, прибавилась въ вѣсѣ и два года спустя послѣ операциі была еще вполне здорова. Въ другомъ случаѣ я сдѣлалъ полную экстирпацию уже 13 лѣтъ тому назадъ, и тоже съ отличными, стойкими результатами. Въ третьемъ операциа была недавно сдѣлана на пессомъ; кромѣ того, еще 2 случая были оперированы.

Три остальные случая, наблюдавшіеся въ моей клиникѣ, были недоступны для радикальнаго леченія. Въ одномъ изъ нихъ была сдѣлана мною попытка оперативнаго вмѣшательства per abdomen, но безъ результата. Всѣ три больныя погибли вслѣдствіе распаденія опухолей и образованія метастазовъ.

Что касается діагноза, то главная задача здѣсь состоитъ въ возможно раннемъ распознаваніи этого опаснаго новообразованія. Этого можно достигнуть лишь тогда, когда врачъ-гинекологъ приметъ за правило — подвергать тщательному изслѣдованію всѣ куски тканей выходящіе изъ полости матки, или добываемые путемъ выскабливанія. Такое изслѣдованіе и вообще не должно быть ни въ одномъ случаѣ упускаемо, въ гѣхъ же случаяхъ, когда кровотеченія послѣ повторныхъ выскабливаній продолжаются, когда изъ анамнеза извѣстно, что въ болѣе или менѣе отдаленное время у больной имѣлъ мѣсто пузырьный заносъ, когда

врачъ находитъ матку увеличенною, хотя-бы и незначительно, — это изслѣдованіе становится безусловно обязательнымъ.

Въ профилактическомъ отношеніи важно, послѣ пузырнаго заноса, тщательно очищать полость матки отъ остатковъ хоріона и оставлять подобныхъ женщинъ подъ внимательнымъ наблюденіемъ.



Рис. 226. Метастазы злокачественной хоріоэпителиомы въ маточной стѣнкѣ. Характерная синцитіальная ткань, расположенная соотвѣтственно ходу сосудовъ. Больная 34 лѣтъ, оперирована 9|III 1909 (влагалищная экстирпация матки), умерла 24|VI того же года. При вскрытіи найдены метастазы въ обоихъ легкихъ и обѣихъ бедренныхъ венахъ.

Терапія должна состоять въ изсѣченіи матки, если только эта операція возможна; если же имѣются уже метастазы или распространеніе новообразования на брюшину, то всѣ попытки радикальнаго леченія не имѣютъ смысла. Техника операціи и выборъ способа производства послѣдней таковы же, какъ при ракъ матки.

## ОТДѢЛЪ ЧЕТВЕРТЫЙ

### Болѣзни трубъ, яичниковъ и прилежащихъ тканей.

#### Глава XV.

#### Аномалии образованія трубъ. — Воспаленія трубъ.

Albert'a Döderlein'a.

#### I. Аномалии образованія трубъ.

Аномалии образованія яйцепроводовъ при томъ только условно дѣлаются понятными, если не упускать изъ вида развитія этихъ органовъ и ихъ эмбриологическаго отношенія къ маткѣ и влагалищу.

Внутренніе половые органы женщины, — влагалище, *pars copulationis*, и матка съ трубами, *pars gestationis*, — развиваются изъ Мülleговскихъ нитей, — двухъ, спускающихся отъ почечныхъ ямокъ косвенно внизъ и кнутри, клѣточныхъ тяжей, которые вскорѣ же превращаются въ полые каналы, Мülleговы ходы. Въ самой ранней стадіи развитія всякая дифференцировка между ясно различными позднѣе тремя частями полового канала, — трубами, маткою и влагалищемъ, — совершенно отсутствуетъ. Затѣмъ въ области влагалища и матки оба Мülleговы хода сближаются другъ съ другомъ и сростаются, чтобы, наконецъ, путемъ исчезновенія перегородки превратиться изъ двойной трубки въ одиночный каналъ; верхніе же концы ихъ остаются раздѣленными, образуя яйцепроводы.

Удвоенія влагалища и матки, отъ самаго слабого намеска на перегородку до полного раздѣленія ихъ на два примыкающихъ одинъ къ другому, но между собой не связанныхъ, работоспособныхъ органа, — не влекутъ за собою непременно и ненормальностей въ развитіи яйцепроводовъ, такъ какъ, повторяю, труба на каждой сторонѣ образуется изъ верхней части соответствующаго Мülleгова хода.

Напротивъ, дефекты образованія половыхъ органовъ, сказывающіеся аплазиями, зачаточнымъ развитіемъ, и зависящіе отъ пороковъ роста Мülleговой нити, — въ большинствѣ случаевъ простираются на весь длинникъ соответствующей стороны и на трубахъ могутъ проявляться въ различной формѣ.

Впрочемъ полное отсутствіе трубъ и односторонніе рудименты ихъ всегда сочетаются съ другими дефектами половой системы и на этомъ основаніи лишены особаго интереса.

Иное слѣдуетъ сказать объ избыточномъ образованіи трубъ, которое встрѣчается при вполне нормальныхъ прочихъ половыхъ органахъ и такимъ образомъ представляетъ собою единственно трубъ принадлежащую, на практикѣ не лишнюю значенія аномалію. Сюда относятся добавочныя трубы и добавочныя трубныя устья.

Нерѣдко на здоровой трубѣ съ нормальнымъ *ostium abdominale*, вблизи послѣдняго и противъ *mesosalpinx'a*, встрѣчаютъ одно или нѣсколько грыжевыхъ выпячиваній, которыя получаютъ названіе добавочныхъ трубъ; образованія эти или оканчиваются слѣпо, или же снабжены бывають отверстіемъ съ хорошо выраженными бахромками.

Такия слѣпо оканчивающіяся добавочныя трубы играютъ, какъ показали из-

слѣдованія новѣйшаго времени, важную роль въ этиологии трубной беременности. Точныя наблюденія, основанныя на изученіи серій срѣзовъ, выяснили, что оплодотворенное яйцо можетъ прививаться и развиваться въ нихъ<sup>1)</sup>.



Рис. 227.



Рис. 228.

Рис. 227. Яйцепроводъ съ добавочной трубой, по Коссапп'у, Z. f. G. u. G., томъ 29, рис. 2.

Рис. 228. Труба съ прибавочнымъ устьемъ, по Коссапп'у, Z. f. G. u. G., томъ 29, рис. 1.

Если такое побочное устье трубы находится въ самой стѣнкѣ послѣдней, такъ что, слѣдовательно, никакой короткой или длинной трубы между нимъ и главной трубой нѣтъ, то говорятъ о „добавочномъ устьѣ“. Такія устья иногда могутъ приобретать и практическое значеніе, поддерживая, при заросшемъ главнымъ *ostium abdominale*, сообщеніе между просвѣтомъ трубы и брюшной полостью, гесп. яичникомъ, и такимъ образомъ представляя нормальный путь для зачатія, которое безъ нихъ въ подобныхъ случаяхъ немыслимо.

Кромѣ этихъ болѣе или менѣе зачаточныхъ удвоеній яйцепроводовъ, извѣстно также нѣсколько случаевъ полного удвоенія одной трубы, гдѣ отъ одного маточнаго угла отходили два яйцепровода разной длины; при этомъ такой второй, гесп. третьей трубѣ можетъ соответствовать и отдѣльный третій яичникъ, хотя извѣстны, наоборотъ, и такіе случаи, гдѣ на двѣ трубы одной стороны приходился только одинъ яичникъ.

## II. Воспаленія яйцепроводовъ: *salpingitis*, *pyosalpinx*, *hydrosalpinx*, *haematosalpinx*.

Простая гиперемія трубы съ опуханіемъ сильно складчатой, богатой кровью слизистой оболочки ея встрѣчается какъ при приливахъ крови къ половому аппарату, обусловленныхъ брюшнымъ полнокровіемъ, такъ и при нѣкоторыхъ, сопровождаемыхъ половую гиперемією, различныхъ болѣзняхъ, — безъ того, чтобы при этомъ играло роль измѣненіе трубъ, какъ таковое. Также при перекручиваніяхъ ножки яичниковыхъ кистомъ и при ущемленіи маточныхъ придатковъ въ паховыхъ грыжахъ наблюдаются иногда разстройства кровообращенія, вызывающія громадное опуханіе трубы. Послѣдняя тогда представляется окрашеною въ синечерный цвѣтъ, слизистая оболочка

1) Кромѣ того, добавочныя трубы могутъ имѣть патологическое значеніе въ другихъ отношеніяхъ. Мнѣ пришлось напр., оперировать одну больную, у которой добавочная труба оказалась превращенною въ *hydrosalpinx* съ маленькое яблоко величины. В. Г.

ея крайне набухаетъ, бахромки являются вздутыми, весь органъ оказывается находящимся въ состояніи крайняго переполненія кровью съ многочисленными экстравазатами. Но и здѣсь это частичное явленіе отступаетъ на задній планъ предъ основнымъ заболѣваніемъ.

Этіологія сальпингита. — Въ происхожденіи воспалительныхъ заболѣваній трубы, какъ и въ этиологии воспаленій другихъ органовъ, важнѣйшую роль играютъ микробы. Правда, труба по сравненію съ влагалищемъ и маткою представляется хорошо защищенною противъ ихъ вторженія какъ своимъ положеніемъ, такъ и узкимъ сообщеніемъ съ маткою; но бактериологическое изслѣдованіе патологическихъ трубныхъ отдѣленій и болѣзненно измѣненныхъ стѣнокъ этого органа показываетъ, что здѣсь встрѣчается много видовъ микроорганизмовъ, какъ возбудителей воспаления, и что микроорганизмы эти, различными путями, — восходящимъ и нисходящимъ, — добравшись до трубы, могутъ прививаться здѣсь и вызывать въ ней глубокія, непоправимыя измѣненія.

Какъ полости здоровой маточной шейки и тѣла матки могутъ сохраняться свободными отъ зародышей, благодаря имѣющимся въ нихъ механическимъ и химическимъ защитительнымъ приспособленіямъ, — узкимъ устьямъ, присутствію бактерицидной слизи, — такъ не содержитъ микробовъ, именно вслѣдствіе стерильности этихъ своихъ преддверій, и здоровая труба. Но болѣзнетворные микроорганизмы, особенно гонококки и бугорчатая палочка, могутъ преодолѣвать защитительную ограду маточныхъ устій; какъ настоящіе паразиты, они могутъ вѣдь избирать для жительства и самую ткань, а не только ея отдѣлимое, и по ней, особенно по слизистой оболочкѣ матки, пробираются кверху. Какъ-бы то ни было, чрезъ прямое-ли поступленіе въ трубы содержащаго бактеріи маточнаго отдѣлимаго, или путемъ послѣдовательнаго зараженія все выше и выше расположенныхъ участковъ слизистой оболочки, или, быть можетъ, вслѣдствіе способности микроорганизмовъ проникать въ ткань, въ ея просвѣты или лимфатическіе пути, — но разъ они попали въ трубу, то здѣсь надолго поселяются въ богатой соками и кровью слизистой оболочкѣ, въ нѣжномъ цилиндрическомъ эпителии и, наконецъ, въ богатой протоплазмой межтучной ткани.

Между тѣмъ какъ гонококкъ добирается до трубы только такимъ восходящимъ путемъ, для бугорчатой палочки возможно и обратный путь, — она можетъ попадать въ трубу изъ пораженной бугорчаткою брюшной полости, чрезъ *ostium abdominale*, будучи захватываема непрерывно совершающимся движеніемъ рѣсничекъ цилиндрическаго эпителия трубныхъ бахромокъ, которое привлекаетъ всѣ свободно плавающіе въ брюшной полости мелкіе элементы. безъ разбора. Эта же палочка является единственнымъ микробомъ, который при подобныхъ обстоятельствахъ, т. е. при заболѣваніи брюшной полости, случайно можетъ быть найденъ въ совершенно здоровой трубѣ, между складками слизистой ея оболочки (наблюденіе *Jané*); въ этихъ случаяхъ, слѣдовательно, микроскопическій врагъ попадаетъ въ руки наблюдателя въ то самое время, когда онъ готовится начать свою разрушительную работу.

Что бугорчатая палочка можетъ проникать въ трубы и черезъ

кровь и лимфу, какъ она попадаетъ въ полости мозга и суставныя, — это не подлежитъ сомнѣнiю; но предположенiе о вышеуказанныхъ путяхъ ея передвиженiя, восходящемъ и нисходящемъ, все же остается болѣе простымъ и болѣе отвѣчающимъ тому, что показываютъ факты.

Кромѣ этихъ обязательно-болѣзнетворныхъ микроорганизмовъ, при воспаленiи трубъ встрѣчается также гноеродные зародыши, стрептококки и стафилококки, которые проникаютъ въ трубы при послѣродовыхъ заболѣванiяхъ матки, а также при образованiи гнойниковъ въ брюшной полости, особенно при паратифлитѣ. При этомъ, естественно, вмѣстѣ съ ними могутъ проникать въ трубы и другiя бактерii, особенно кишечная палочка и иные гнилостные грибки, что было доказано уже неоднократно.

Заносъ микробовъ изъ свободной брюшной полости въ трубу мыслимъ, понятно, лишь при гнилостномъ или гнилымъ, септичннмъ перитонитѣ, при которомъ, впрочемъ, пораженiе трубъ клинически отходить совершенно па заднiй планъ. Иначе обстоитъ дѣло, когда съ трубою выступаютъ въ сообщенiе, напр., путемъ прободенiя, осумкованныя гнойныя или гнилостныя гнѣзда и такимъ образомъ выпускаютъ въ нее свое вредоносное содержимое. Но и помимо этого способа, трубы могутъ заражаться со стороны кишки или гнойныхъ гнѣздь, если они сращены съ послѣдними, а больная кишечная стѣнка стала проходимою для каловыхъ бактерii. Инфекцiя трубъ тогда объясняется такъ же, какъ инфекцiя кистомъ, вслѣдствiе перекручиванiя ножки вступающихъ въ обширныя сращенiя съ кишечникомъ.

Большiя трудности для истолкованiя представляетъ нахожденiе въ гнойномъ отдѣлимомъ воспаленныхъ трубъ кокковъ пнеймонiи; присутствiе ихъ можно объяснить только гипотетически, гематогенной инфекцiей, или, можетъ быть, также восхожденiемъ случайно попавшихъ въ половые пути микроорганизмовъ.

Если въ сказанному мы добавимъ, что, при наличности омертвѣвшей ткани въ трубахъ, здѣсь были находимы гнилостныя бактерii, а изрѣдка наблюдался и лучистый грибокъ въ видѣ характерныхъ друзъ, то число способныхъ вызывать воспаленiя трубъ растительныхъ организмовъ будетъ исчерпано. Вмѣстѣ съ тѣмъ, при видовомъ разнообразiи послѣднихъ, при обилии ведущиихъ къ трубѣ путей и при восприимчивости тканей трубъ по отношенiю къ этимъ непрошеннымъ гостямъ, дѣлается вполнѣ понятно фактическая частота воспаленiй яйцепроводовъ. При этомъ наиболѣе частыми возбудителями трубныхъ воспаленiй являются гонококкъ и бугорчатая палочка<sup>1)</sup>; это доказывается прямыми наблюденiями и вмѣстѣ лежитъ въ природѣ какъ самыхъ названныхъ бактерii, такъ и путей и условiй зараженiя.

Страннымъ на первый взглядъ можетъ показаться, что мы къ возбудителямъ воспаленiя трубъ вынуждены причислить и нѣкоторыя химическiя прижигающiя средства: для нихъ органъ, распо-

1) Особенно часто возбудителемъ сальпингита является гонококкъ: по новѣйшимъ изслѣдованiямъ Theilhaber'a воспаленiе трубъ въ 80% всѣхъ случаевъ бываетъ обязано своимъ происхожденiемъ гоноррѣе. В. Г.

женный такъ глубоко, казалось-бы, долженъ быть недоступнымъ. Однако, кажущаяся натяжка такого возрѣнія тотчасъ же отпадаетъ, если мы вспомнимъ, какимъ широкимъ распространениемъ пользуется со стороны многихъ врачей внутриматочное примѣненіе крѣпкихъ растворовъ хлористаго цинка, полторохлористаго желѣза, азотнокислаго серебра, іода съ іодистымъ калиемъ и карболовой кислоты при катарральномъ и гѣморрагическомъ метро-эндометритѣ, при міомахъ и другихъ заболѣваніяхъ матки. Что жидкости эти, будучи вприснуты или иначе какъ-нибудь введены въ плоскость матки, отсюда могутъ переходить въ каналы трубъ, — это долго оспаривалось, но окончательно рѣшено предпринятыми мною опытами. Последніе



Рис. 229. Поперечный разрѣзъ трубы при *salpingitis gonorrhoeica*. Складки слизистой оболочки срослись. Мелкоклеточковая инфильтрація.

доказали, что при здоровой маткѣ и здоровыхъ трубахъ даже осторожное введеніе красящихъ растворовъ въ полость тѣла матки почти тотчасъ же ведетъ за собою окрашиваніе слизистой оболочки трубъ, и притомъ такъ, что окрашенными оказываются зачастую оба канала трубъ вплоть до брюшныхъ устьевъ, а иногда окраска переходитъ и на полость брюшины<sup>1)</sup>. Столь часто наблюдаемая послѣ внутриматочныхъ вприскиваній и прижиганій боли, которая истолковывается, какъ маточныя колики, зависятъ, по моему убѣжденію,

1) См. мое примѣчаніе на стр. 9. В. Г.



именно отъ перехода прижигающихъ растворовъ въ трубы или въ тазовую полость; равно и наблюдавшіеся послѣ такого леченія случаи внезапной смерти могутъ быть объяснены лишь такимъ же образомъ.

Что подобныя, т. е. вызываемыя химическими средствами, воспаления трубъ по частотѣ своей уступаютъ заразнымъ, — это вполне понятно: надо принять во вниманіе, что они вызываются искусственно, хотя и ненамѣренно, тогда какъ бактерійныя заболѣванія суть естественныя явленія, предупрежденіе которыхъ и вообще-то невозможно, а со стороны лицъ прикосновенныхъ къ нимъ — тѣмъ менѣе.

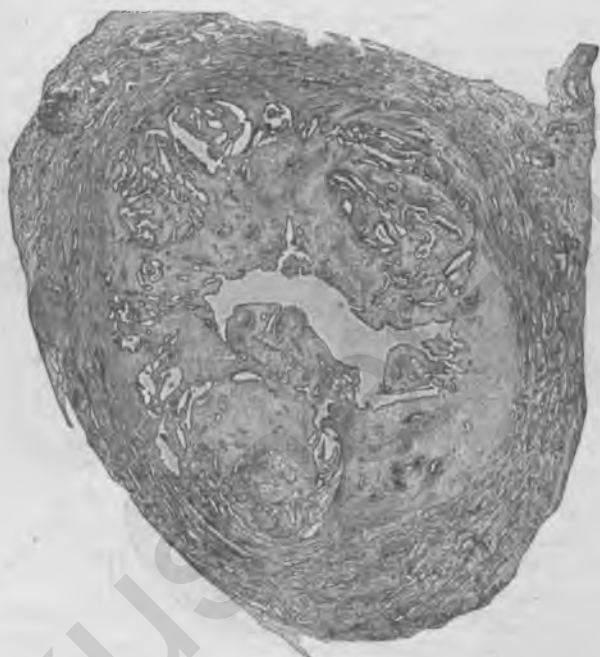


Рис. 230. Поперечный разръзъ трубы при *salpingitis tuberculosa*. Складки слизистой оболочки исчезли, внутри ея находятся бугорковая гнѣзда съ гигантскими клѣтками.

Чтобы термическія вліянія, какъ простуда, горячія и холодныя влагалищныя спринцеванія, или же механическія воздѣйствія, какъ массажъ, бурный coitus, паденіе или ударъ, наконецъ смѣщенія матки, могли довести здоровую трубу до воспаления, — это мнѣ всегда казалось маловѣроятнымъ; но трубы уже заболѣвшія могутъ самымъ тяжелымъ образомъ страдать отъ подобныхъ инсультовъ, причемъ, разумѣется, вскрытіе осумкованнаго гнойнаго гнѣзда и изліяніе вредныхъ продуктовъ въ брюшную полость можетъ вызвать настоящую катастрофу. Если предварительное пораженіе трубы въ подобныхъ случаяхъ не было извѣстно, то легко можно впасть въ ошибку и приписать вышеперечисленнымъ вреднымъ вліяніямъ такую роль въ возникновеніи острыхъ воспаленій, какой они не играли.

Патологическая анатомія. — Значительнымъ разнообразіемъ возможныхъ возбудителей воспаленія, а равно и различіемъ путей заноса ихъ объясняется то, что измѣненія въ воспаленной трубѣ далеко не всегда бываютъ одинаковы. Прежде всего здѣсь надо различать воспаление слизистой оболочки трубы — *endosalpingitis* и воспаление трубной стѣнки — *salpingitis interstitialis*.

*Endosalpingitis* вызывается проникшими въ просвѣтъ трубы микробами, среди которыхъ на первомъ планѣ стоитъ гонококкъ. Обусловливаемая послѣднимъ измѣненія начинаются съ поверхности слизистой оболочки, причемъ кокки вторгаются въ цилиндрической эпителий или, черезъ щели въ послѣднемъ, въ междуточ-



Рис. 231. Двухсторонній рюosalpinx съ обширными сращениями трубной и яичниковой брюшины. Радикальная операція черезъ рукавъ.

ную ткань. Эпителиальные клѣтки сначала теряютъ свои рѣснички, затѣмъ погибаютъ. Оттого поверхность пораженной острымъ воспаленіемъ слизистой оболочки мѣстами обнаруживаетъ еще жалкіе остатки измѣненнаго эпителия, но большую частію, — а въ концѣ концовъ и повсюду, — представляетъ картину непокрытой грануляціонной ткани, причемъ многочисленныя складки трубной мюкозы постепенно исчезаютъ или слипаются другъ съ другомъ, такъ что возникаютъ замкнутыя поля пространства — *salpingitis pseudofollicularis* (Martin). Стѣнки трубы утолщаются вслѣдствіе отложенія въ нихъ воспалительныхъ продуктовъ. При этомъ въ нѣкоторыхъ мѣстахъ, особенно въ *isthmus tubae*, подобныя утолщенія представляются въ видѣ круглой формы, плотныхъ, до кале-наго орѣха величиною образаній, *salpingitis isthmica no-*

dosa<sup>1)</sup>. Въ просвѣтѣ трубы является гнойное отдѣлимое, которое распространяется частью къ маточному устью, частью же къ брюшному. Въ области послѣдняго при этомъ обнаруживается, — по мѣрѣ того, какъ притекаетъ раздражающее, богатое бактеріями и бѣлыми тѣльцами отдѣлимое, — свойственная серознымъ оболочкамъ и особенно брюшинѣ наклонность къ осумковывающимъ сращениямъ. Трубныя бахромки быстро и плотно склеиваются съ ихъ окружностью, — съ тазовой брюшиной, яичниками, стѣнками кишекъ, маточною брюшиною, короче сказать со всѣмъ, что лежитъ по сосѣдству съ ними, и свободное сообщеніе просвѣта трубы съ брюшною полостью прекращается. Цѣль такого замыканія вполне очевидна, и объясненіе ея напрашивается само собою: она состоитъ въ ограниченіи заболѣванія возможно меньшимъ участкомъ брюшной полости чрезъ образованіе преграды для дальнѣйшаго притока содержащаго бактеріи, заразнаго отдѣлимаго. Помимо того, возможенъ и иной способъ механическаго замыканія трубы, именно, путемъ слипанія брюшныхъ поверхностей бахромекъ при одновременномъ завертываніи ихъ внутрь, — «*inversio ostii tubarum abdominalis*». Здѣсь получается закрытіе трубы прямое, между тѣмъ какъ въ первомъ случаѣ оно можетъ быть названо косвеннымъ. Послѣдствіемъ закрытія является всегда застой изливающагося въ просвѣтъ трубы гноя, который, конечно, могъ-бы еще оттекать чрезъ маточное устье, но и здѣсь не находитъ себѣ свободнаго прохода, благодаря воспалительнымъ измѣненіямъ *partis interstitialis tubae* и возникающимъ чрезъ то стенозамъ. Лишенные такимъ образомъ своихъ устьевъ трубы обращаются постепенно въ гнойныя мѣшки до кулака и больше величиною, плотно спаянные по своей окружности, *pyosalpinx*, *sactosalpinx purulenta apostematosa*, — т. е. испытываютъ совершенно непоправимыя измѣненія.

Содержимое этихъ гнойныхъ мѣшковъ обнаруживаетъ бросающіяся въ глаза различія, смотря по виду возбудителя воспаленія, а также по продолжительности болѣзни. Перелойнымъ трубнымъ гнойникамъ свойственъ жидкій, иногда сливкообразный, желтозеленоватый гной, въ которомъ лишь приблизительно въ  $\frac{1}{4}$  случаевъ еще могутъ быть найдены гонококки, чаще всего погибающіе здѣсь съ теченіемъ времени, — вѣроятно, подъ влияніемъ своихъ собственныхъ токсиновъ. Смѣшаннаго зараженія здѣсь не бываетъ, — гонококки существуютъ всегда одни. Бугорчатый *pyosalpinx* отличается гноемъ вязкимъ, творожистымъ, который болѣе походитъ на кашицу атеромы, чѣмъ собственно на гной. Если стѣнку такой творожисто-гнойной трубы тщательно изслѣдовать на серіяхъ ми-

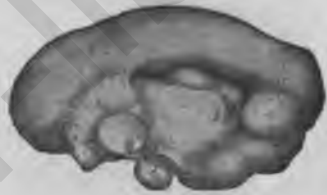


Рис. 232. Pyosalpinx.

1) Salpingitis isthmica nodosa наблюдается преимущественно, хотя и не исключительно, при поражении трубъ бугорчаткою. Нѣкоторые наблюдатели, какъ Neggar, Bullius, Alterthum и др., считали даже присутствіе узловатыхъ утолщеній въ *pars isthmica* патогномическимъ признакомъ туберкулезнаго сальпингита. В. Г.

крескопическихъ срѣзовъ, то мы найдемъ все гистологическіе признаки бугорчатки. Подобно тому, какъ это бываетъ при бугорчаткѣ легкихъ, бугорчатая палочка, вѣроятно, и въ трубѣ уживаются съ пѣпочечными кокками, такъ что здѣсь, повидимому, мыслимо и смѣшанное зараженіе.

Въ противоположность предыдущей формѣ, интерстиціаль- ный салпингитъ начинается въ стѣнкѣ трубы, между мышечными слоями ея, исходя, вѣроятно, изъ лимфатическихъ сосудовъ. Преобладающую роль здѣсь играютъ гноеродные, особенно склонные къ странствованію по лимфатическимъ путямъ, кокки пѣпочечные и гроздевидные. Въ дальѣйшемъ, однако, картины обѣихъ формъ болѣзни смѣшиваются, такъ какъ, съ одной стороны, и междуточный салпингитъ ведетъ за собою гибель слизистой оболочки, зараженіе трубъ и образованіе гнойныхъ мѣшковъ, а съ другой стороны — эндосальпингитъ въ его позднѣйшихъ стадіяхъ



Рис. 233. Вскрытые росоаріпхъ и росооваріумъ. Туго наполненная гноемъ труба тѣсно срощена съ пронизаннымъ гнойными гнѣздами, кистовидно-перерожденнымъ яичникомъ. Вылушеніе per laparotomiam.

всегда комбинируется съ гнѣздными или разлитыми заболѣваніями всей толщи трубной стѣнки. Нерѣдко эти междуточные гнѣздныя пропитыванія приводятъ къ гнойному разлитію ткани, т.-е. къ появленію мелкихъ гнойниковъ въ стѣнкахъ, — *salpingitis interstitialis disseminata* (Zweifel).

Содержимое трубныхъ мѣшковъ, зачастую очень объемистыхъ, можетъ, кромѣ гноя, состоять также изъ крови или прозрачной сыворотки, — haematosalpinx, sactosalpinx haemorrhagica и hydrosalpinx, sactosalpinx serosa.

Наиболѣе частою причиною скопленія крови въ трубѣ (haematosalpinx) является трубная беременность. Veit предложилъ выдѣлить эту форму, а равно и возникающія на почвѣ новообразованій трубныя скопленія крови, въ особую группу. Это предположеніе я нахожу цѣлесообразнымъ и слѣдую ему.

Къ числу независящихъ отъ трубной беременности причинъ haematosalpinx'a надо отнести, прежде всего, атрезію полового канала. Имѣеть-ли эта атрезія мѣсто въ области гимена, или влагалища, или шейки, — всегда съ наступленіемъ половой зрѣлости и при способной къ отправленіямъ маткѣ она ведетъ за собою скопленіе менструальной крови позади мѣста закрытія, т.-е. образование haematocolpos'a, haematometр'ы и, наконецъ, haematosalpinx'a. По мнѣнію Nagel'я и Veit'a, на всѣ атрезіи при хорошо развитыхъ половыхъ органахъ слѣдуетъ смотрѣть, какъ на приобретенныя, относя къ порокамъ развитія лишь атрезіи въ зачаточныхъ органахъ. Этимъ объясняется и неравный характеръ задержанныхъ отдѣленій, а вмѣстѣ съ тѣмъ — способность ихъ вызывать воспалительное раздраженіе, которое ведетъ къ зарощенію брюшного устья трубы. Нельзя, однако, совсѣмъ отрицать возможности и того,



Рис. 234. Hydrosalpinx. Вылуценіе per laparotomiam.

чтобы сама кровь, безъ возбудителей воспаления, обуславливала такое зарощеніе<sup>1)</sup>. Во всякомъ случаѣ, по Veit'у, «гинатретическій haematosalpinx» всегда есть продуктъ инфекции трубы, и нахождение haematosalpinx'a при атрезіи позволяетъ заключать, что атрезія эта приобретенная, а не врожденная.

Кромѣ указанной сейчасъ причины, кровоизліянія въ трубу могутъ происходить при перекручиваніяхъ ножки яичниковыхъ опухолей, вслѣдствіе заболѣванія сосудовъ трубы и вслѣдствіе поврежденій послѣдней. Далѣе, острые заразные болѣзни, какъ холера, тифъ, корь, могутъ вызывать и въ слизистой оболочкѣ трубъ такія же кровоизліянія, какъ въ маточной.

Относительно гидросальпинкса до сихъ поръ думали, что онъ представляетъ собою конечную стадію pyosalpinx'a, гнойное содержимое котораго, послѣ гибели бактерий и прекращенія

1) По Mainzer'у, haematosalpinx можетъ происходить путемъ скопленія въ трубѣ менструальной крови, сгустки которой закупориваютъ трубныя устья. В. Г.

воспаленія, съ теченіемъ времени превращается будто-бы въ сыворотку. Противъ такого воззрѣнія вполне резонно возсталъ Menge, указывая на тотъ фактъ, что онъ въ изслѣдованныхъ имъ случаяхъ гидросальпинкса никогда не могъ найти бактерій, а главное, — что онъ лишь въ исключительныхъ случаяхъ могъ открыть въ стѣнкахъ гидросальпинкса слѣды воспалительнаго процесса, обыкновенно же стѣнка эта, хотя и крайне истонченная, представлялась вполне нетронутою и покрытою нетронутой же, хотя и атрофированной отъ давления, слизистой оболочкой, на которой встрѣчались еще даже мерцающія рѣснички.

Вмѣсто прежней, болѣе не выдерживающей критики, теоріи возникновенія гидросальпинкса, Menge предлагаетъ слѣдующее объясненіе, къ которому всецѣло присоединяюсь и я. Главную роль играютъ здѣсь воспалительные процессы въ одѣвающей трубу и выстилающей малый тазъ брюшинѣ; возникая подъ вліяніемъ вторгающихся изъ матки черезъ лимфатическіе пути гноеродныхъ микробовъ, процессы эти, помимо многочисленныхъ воспалительныхъ срощеній другихъ тазовыхъ органовъ, и въ области *ostium abdominale tubae* вызываютъ слизчивое воспаленіе, приводящее въ концѣ концовъ къ полному закрытію трубы; результатомъ востоя отдѣлмого въ такой замкнутой, но высланной нормальной слизистой оболочкою, трубъ и является гидросальпинксъ.

Гипотеза эта, однако, дѣлаетъ необходимыми другія предположенія, которыя до сихъ поръ не могли быть доказаны, — именно, что здоровая слизистая оболочка трубы дѣйствительно способна къ секретіи, или что раздраженіе одѣвающей трубу брюшины можетъ вызвать сывороточную трансудацію въ нее, наконецъ, — что скопляющаяся въ трубѣ жидкость не можетъ оттекатъ черезъ *ostium uterinum*. Такъ какъ *mucosa* трубы, какъ извѣстно, весьма богата складками, но не содержитъ никакихъ железъ, то способность ея къ секретіи не можетъ быть допустимою уже а priori. Между тѣмъ опыты на животныхъ, предпринятые для изученія трубной секретіи, не дали согласныхъ между собою результатовъ: если одни авторы получали *hydrosalpinx* послѣ замыканія маточнаго конца трубы, а другіе при перевязкѣ брюшнаго конца, то у третьихъ это удалось лишь при условіи одновременнаго введенія въ трубу заразныхъ началъ.

Участвуютъ-ли въ развитіи *hydrosalpinx*'а, помимо механическихъ моментовъ, также и бактерійныя вліянія, — этого пока нельзя сказать съ положительностью.

Другой способъ возникновенія *hydrosalpinx*'а Menge допускаетъ для тѣхъ рѣдкихъ случаевъ, гдѣ стѣнка растянутаго трубы обнаруживаетъ воспалительныя измѣненія; по его мнѣнію, здѣсь въ этиологии *hydrosalpinx*'а играть роль воспаленіе, при которомъ закрытіе трубы наступаетъ лишь по прекращеніи гнойной стадіи; оттого въ трубѣ и скопляется уже не гной, а только сыворотка.

Зачастую конецъ трубы склеивается съ яичникомъ. Если, при этомъ, въ послѣднемъ окажется киста, которая вскроется какъ разъ въ мѣстѣ, гдѣ прилежалась труба, или въ этой точкѣ лопнетъ одинъ изъ Graafовыхъ фолликуловъ, то въ результатъ возникаютъ тѣ комбинированныя опухоли трубъ и яичниковъ, которыя давно уже извѣстны подъ именемъ *трубно-яичниковыхъ кистъ*<sup>1)</sup>. Наконецъ, къ закрытію брюшнаго отверстія трубы и.

1) Pfannenstiel допускаетъ еще другой способъ возникновенія этихъ образований — изъ такъ называемаго *ruoscele peritubaria*, т.-е. изъ осумкованныхъ

следовательно, къ образованию hydrosalpinx'a могутъ вести и относительно безвредныя кровотоечения около трубъ, напр., наступающія при лопаніи Graaf'овыхъ фолликуловъ, или кровоизліянія при раннемъ трубномъ выкидышѣ, а, можетъ быть, также и механическіе моменты, какіе бывають, напр., при опухоляхъ половыхъ органовъ.

Припадки и распознаваніе. — Трубноя воспаленіе и ихъ послѣдствія не даютъ никакой типичной картины болѣзни, такъ какъ они вызывають различныя причины, такъ какъ вызывающія ихъ бактеріи оказываютъ весьма неодинаковое дѣйствіе, и, наконецъ, такъ какъ болѣзни въ большинствѣ случаевъ не ограничиваются трубами, а то переходить вскорѣ на нижележащія отдѣлы полового прибора, матку и влагалище, то распространяется на яичники и тазовую брюшину. Особенно выдающуюся роль въ клинической картинѣ трубныхъ воспаленій играетъ почти всегда сопутствующій сальпингиту тазовый перитонитъ, такъ какъ и острая стадія его, и хроническая, съ его послѣдствіями въ видѣ срощеній, проявляются тяжелыми субъективными разстройствами. Правильное истолкованіе субъективныхъ ощущеній именно при заболѣваніяхъ трубъ является особенно труднымъ. Въ самомъ дѣлѣ, намъ зачастую попадаются случаи, гдѣ, основываясь на жалобахъ больныхъ, мы могли-бы ожидать встрѣтить чрезвычайно тяжелыя измѣненія, тогда какъ на дѣлѣ у больныхъ не оказывается ни малѣйшаго анатомическаго отступленія отъ нормы. Съ другой стороны, объемистые pyosalpinx'ы и обширныя срощенія трубъ съ кистками нерѣдко находимы были у такихъ женщинъ, которыя отрицали всякое серьезное заболѣваніе, въ частности — никогда не страдали, по ихъ словамъ, лихорадкою и острыми воспаленіями въ нижней части живота. Очевидно, заболѣваніе трубъ можетъ развиваться настолько крадучись, что лишь суммированіе разстройствъ обращаетъ на себя вниманіе больной. Такъ бываетъ въ особенности при бугорчатомъ воспаленіи трубъ, которое, при отсутствіи смѣшаннаго зараженія, лишь медленно и постепенно ведетъ къ образованію тѣхъ патологическихъ продуктовъ, которые встрѣчаются намъ при сформировавшемся уже бугорчатомъ pyosalpinx'ѣ.

При гонорройномъ сальпингитѣ картина болѣзни завѣситъ главнымъ образомъ отъ степени распространенія воспалительнаго процесса на брюшину. Если, при обильномъ образованіи гноя слизистой оболочкою трубы, въ брюшную полость внезапно выльется, — какъ я это видѣлъ въ нѣсколькихъ случаяхъ, — значительное количество богатаго вирулентными гококками отдѣляемаго влѣдствіе, напр., травмы или неосторожнаго комбинированнаго изслѣдованія, причемъ оно не имѣетъ времени осумковаться при помощи ограничен-

---

гнояниковъ, лежащихъ между павильономъ трубъ и яичниками и содержащихъ въ себѣ гной, излившійся изъ трубъ. Если въ яичникѣ существуетъ киста, полость которой сольется съ полостью гнойника, то труба, ruoscele и киста превратятся въ одно цѣлое — трубно-яичниковую кисту. Подобный же способъ происхожденія разбираемыхъ образований допускаетъ и Waldstein, но приписываетъ роль промежуточнаго звена, связывающаго полость трубы съ полостью яичниковой кисты, — не осумкованнымъ гнойникамъ, а осумкованнымъ скопленіямъ крови, излившейся изъ трубы. В. Г.

наго перитонита, то наступает крайнее тяжелое, острое заболѣваніе — *peritonitis gonorrhoeica*, которое комбинируется съ трубной гонорреей<sup>1)</sup>. Такие случаи, однако, представляют исключеніе и обуславливаются, по всей вѣроятности, лишь особенно вирулентною заразою. Обыкновенно, по мѣрѣ усиливающейся продукціи гноя, развивается и «механизмъ закрытія трубы», сказывающійся время отъ времени повторными приступами боли преходящаго характера, пока, наконецъ, не образуется наполненный гноемъ и окруженный сращениями перелойный піосальпинксъ, съ постоянными болями и чувствомъ тяжести въ тазу и крестцѣ.

Такая наполненная труба можетъ, путемъ перистальтики, по временамъ и отчасти опорожнять свое содержимое черезъ *ostium uterinum* (хотя опухшее и суженное, но все же проходимое), — *hydrops* или *pyosalpinx tubae profluens*. Ведущія къ опорожненію трубы «трубныя потуги» могутъ ощущаться въ видѣ болей, — «*colica scortorum*». Впрочемъ это отнюдь не можетъ считаться правиломъ, — подобныя періодическія изліянія изъ трубы скопившейся въ ней жидкости наблюдаются чаще при тѣхъ видахъ *sactosalpinx'a*, которые возникаютъ на почвѣ не воспаления, а, напр., при трубныхъ карциномахъ съ обильнымъ кровянисто-сывороточнымъ выдѣленіемъ; при воспаленіяхъ же опорожненію содержимаго трубныхъ мѣшковъ обыкновенно препятствуетъ *salpingitis isthmica*; кромѣ того, нужныя перистальтическія сокращенія трубы затрудняются, благодаря плотнымъ и обширнымъ сращениямъ послѣдней.

Въ острой стадіи салпингита, пока въ трубѣ существуютъ возбудители заразы, размножающіеся и образующіе токсины, дѣло рѣдко обходится безъ лихорадочныхъ движеній. Но повышенія температуры наступаютъ обыкновенно лишь по вечерамъ (гнойная лихорадка) и могутъ держаться въ такихъ границахъ, что безъ измѣренія термометромъ больныя вовсе не замѣчаютъ ихъ. Впрочемъ, какъ при перелойныхъ, такъ и при гнилостныхъ заболѣваніяхъ трубъ можетъ появиться и постоянная высокая лихорадка, явно свидѣтельствующая о наличности гнойнаго гнѣзда. Если такія больныя жалуются на болѣе или менѣе сильныя боли въ нижней части живота, если комбинированное изслѣдованіе половыхъ органовъ обнаруживаетъ присутствіе характерныхъ неподвижныхъ опухолей различной консистенціи — отъ твердой до мягковатой, часто крайше болѣзненныхъ, расположенныхъ взади отъ матки и по обѣ стороны ея и вы-

1) Крайне бурными припадками сопровождается также перекручиваніе пораженныхъ воспалительнымъ процессомъ трубъ. Перекручиваніе это, особенно при *sactosalpinx'axъ*, вовсе не представляетъ эксквизитной рѣдкости, причемъ дѣло иногда доходить до полного огкручиванія трубъ. Обыкновенно оно сопровождается сильными, внезапно возникающими болями, симулирующими боль при аппендицитѣ и заворотѣ кишекъ и иногда стихающими при перемѣнѣ больною положенія (*Hartmann*). Рѣже боли при перекручиваніи развиваются постепенно, симулируя почечныя колики. Помимо болей, характернымъ для перекручиванія является быстрое увеличеніе объема пораженныхъ придатковъ, зависящее отъ механическихъ затрудненій кровообращенія въ перекрученной трубѣ и яичникѣ той же стороны. Увеличеніе это происходитъ отчасти вслѣдствіе застоя крови въ пораженныхъ придаткахъ, отчасти вслѣдствіе кровоизліяній въ полость и ткани трубы, а также въ ткани яичника. В. Г.



полняющихъ весь тазъ, — то діагнозъ не представляетъ никакихъ затрудненій.

Первые зачатки сальпингита, обозначаемые именемъ трубныхъ катарровъ, недоступны для прямого распознаванія, потому что здѣсь нѣтъ еще такихъ измѣненій въ ткани трубъ, которыя можно было бы констатировать путемъ пальпаціи, а все дѣло ограничивается лишь поверхностнымъ поражениемъ слизистой оболочки, опредѣлимъ только микроскопически. Нельзя, поэтому, отчасти не удивляться тѣмъ врачамъ, которые опредѣляютъ «трубный катарръ», а потомъ дѣлаютъ выводы, что подобные катарры могутъ вполне излечиваться, съ полнымъ возстановленіемъ функціональныхъ способностей трубы. Ставить подобный діагнозъ на основаніи изолированной болѣзненности трубъ мнѣ кажется рискованно: вѣдь только у немногихъ врачей можно предполагать такой навыкъ въ комбинируемомъ изслѣдованіи, что они могутъ точно ощупывать отдѣльные органы, не задѣвая другихъ. У женщинъ съ жирными и неподатливыми стѣнками живота это особенно затруднительно, даже прямо невозможно, а подъ наркозомъ мы не получаемъ никакихъ указаній на чувствительность органовъ.

Къ обусловливаемымъ сальпингитомъ припадкамъ причисляютъ также обычно менструальные расстройства, а равно расстройства функціи воспроизведенія. При всѣхъ тѣхъ воспаленіяхъ трубъ, которыя вызываются проникновеніемъ зародышей снизу, особенно при гонорреѣ, причину такихъ расстройствъ слѣдуетъ, однако, видѣть съ гораздо большею вѣроятностью въ пораженіи эндометрія, чѣмъ въ самомъ сальпингитѣ. За то, если ядь попадетъ черезъ *ostium abdominale*, или добрался до трубы черезъ лимфатическіе пути, помимо полости матки, то, понятнo, и само заболѣваніе трубы можетъ оказывать значительное вліяніе на половыя функціи, выдѣленіе кровей и зачатіе. Обусловливаемые трубными мѣшками застои поддерживаютъ дисменоррею, меноррагіи и метроррагіи, а дальнѣйшимъ послѣдствіемъ ихъ можетъ быть или безплодіе, или привычные выкидыши при сохранившейся способности къ зачатію. Въ особеннoсти такъ наз. «безплодіе послѣ одного ребенка» (*Einkindsterilität*) должно быть разсматриваемо, какъ результатъ трубныхъ воспаленій, развивающихся послѣ первыхъ же родовъ и ведущихъ къ уничтоженію производительной способности. И здѣсь главнымъ образомъ приходится винить гоноррею, въ особеннoсти съ тѣхъ поръ, какъ мы знаемъ, по *Krönig's*у, что гонококки сохраняютъ свою жизнеспособность въ маточныхъ ложіяхъ и во время нуэрперіи находятъ возможность забираться выше, даже тамъ, гдѣ раньше они сидѣли только въ шейкѣ. При гнилостныхъ нуэрнеральныхъ процессахъ подобныхъ послѣдствій надо опасаться тогда, когда они вызвали воспаленіе тазовой брюшины, и когда, слѣдовательно, является возможность воспалительнаго закрытія трубы съ послѣдовательнымъ гидросальпингисомъ.

При ощупываніи характерною для трубныхъ мѣшковъ является двусторонность опухолей. Какъ перелойный, такъ и гнилостный и бугорчатый сальпингитъ поражаютъ всегда оба яйцепровода, — хотя не всегда одно: временно, однако все же быстро одинъ за другимъ.

Далѣе, большое значеніе для діагноза имѣетъ опредѣленіе узло-

ватыхъ утолщенихъ въ области вхожденія трубъ въ матку, *salpingitis isthmica nodosa*, особенно, опять-таки, если эти утолщенія замѣчаются въ обѣихъ трубахъ.

Проколъ растянутой трубы съ высасываніемъ ея содержимаго со стороны влагалища, или, при болѣе объемистыхъ мѣшкахъ, также черезъ брюшную полость, я считаю невозможительнымъ для цѣлей только распознаванія, въ виду опасности этого приема.

Течение и предсказаніе. — Принято думать, что всѣ воспаленія трубъ, въ томъ числѣ и въ особенности зачастую наблюдающіяся перелойныя и гнилостныя, могутъ совершенно излечиваться, съ полнымъ сохраненіемъ функций яйцепроводовъ, если только не развилось тяжелыхъ измѣненій въ трубныхъ стѣнкахъ, или срощеній. Прямо опровергнуть это господствующее возрѣніе, конечно, нелегко; мнѣ кажется, однако, что и несомнѣнныхъ доказательствъ въ пользу его нѣтъ. Трудность здѣсь заключается въ объективной установкѣ диагноза «катаррального» салпингита, подъ каковымъ, — несомнѣмъ тоже неоспоримымъ, — названіемъ подразумѣваются функционально-секреторныя расстройства слизистой оболочки трубы безъ анатомическихъ ея измѣненій. Что вирулентные, патогенные зародыши, какъ гонококки и стрептококки, могутъ быть настолько отражены подобною реакціею органа, что наступать *restitutio ad integrum*, — въ этомъ позволительно отчасти и сомнѣваться, разъ прямое полученіе трубнаго секрета возможно лишь при особенно благопріятныхъ условіяхъ. Безъ бактеріологическаго же изслѣдованія діагнозы катарра трубъ является всегда бездоказательнымъ предположеніемъ, и послѣдовательное возвращеніе здоровья органа не можетъ условно оправдать вывода о фактическомъ минованіи подобной инфекціи.

Во всякомъ случаѣ, разъ въ пораженной трубѣ возникли уже рѣзкія измѣненія, именно, наступило зарощеніе ея съ послѣдовательнымъ скопленіемъ гноя и срощеніемъ органа, то полное излеченіе, восстановленіе просвѣта трубнаго канала и освобожденіе органа, по крайней мѣрѣ произвольное, очевидно невозможно. Кому приходилось часто видѣть эти измѣненія на секціонномъ столѣ или при операціи, тотъ знаетъ, какъ трудно подобныя срощенія устраняются даже прямымъ насиліемъ; а имѣвшему случай убѣдиться, съ помощью микроскопическаго изслѣдованія, какъ глубоки бываютъ измѣненія и разрушенія въ слизистой оболочкѣ воспаленной трубы, полное излеченіе салпингита и вовсе не можетъ показаться допустимымъ.

Мой личный опытъ показалъ мнѣ, что гонорройный эндосалпингитъ столь же мало доступенъ полному произвольному излеченію, какъ и бугорчатый салпингитъ. Я встрѣчалъ недавно вышедшихъ замужъ и тотчасъ зараженныхъ перелоемъ женщинъ, которыя болѣе чѣмъ по 10 лѣтъ страствовали съ гонорройнымъ салпингитомъ и *pyosalpinx*омъ отъ одного гинеколога къ другому, подвергаясь одному методу леченія за другимъ и мѣняя одинъ курортъ на другой, чтобы въ концѣ концовъ не избѣжать ножа. Какъ только дѣло дошло до воспаления съ развитіемъ гноя въ трубѣ, — судьба послѣдней рѣшена: устье ея замыкается, благодаря воспаленію тазовой брюшины, труба наполняется гноемъ и срастается въ тазу,

слизистая оболочка ся гибнетъ, причеъ потеряннаго нельзя уже возстановить. Я думаю, что и при гнилостныхъ воспалительныхъ процессахъ въ трубахъ дѣло обстоить одинаково неблагопріятно. Обычно послѣродовыя заболѣванія протекають, соответственно свойствамъ стрептококковъ, въ соединительной ткани таза. Скопившіеся здѣсь выпоты съ теченіемъ времени могутъ вполне исчезнуть, наступаетъ *restitutio ad integrum*, такъ какъ никакого разрушенія ткани здѣсь не было. Но когда воспаление распространилось и на слизистую оболочку трубъ, тогда болѣзнь, какъ и при яичниковыхъ абсцессахъ, принимаетъ характеръ несравненно болѣе тяжелый, чѣмъ при локализаци въ лимфатическихъ сосудахъ тазовой кѣтъчатки. Подвергнушіеся нагноенію органы оказываются пострадавшими слншкомъ тяжело, чтобы для нихъ возможно было выздоровленіе.

Равнымъ образомъ и бугорчатый салпингитъ я считаю за болѣзнь очень злокачественную и упорную, — вовсе не желая, однако, оспаривать того, что въ исключительныхъ случаяхъ, гдѣ измѣненія незначительны, процессъ можетъ и затихнуть, какъ это наблюдалъ въ одномъ случаѣ *Neget*.

Такимъ образомъ я считаю предсказаніе при ясно выраженномъ (подчеркиваю это) и клинически точно опредѣлимомъ салпингитѣ съ его послѣдствіями въ видѣ сращеній и скопленій жидкости, *quoad valetudinem* неблагопріятнымъ. Съ другой стороны, за то, прогнозъ *quoad vitam* мнѣ представляется хорошимъ. — разумѣется, если итъ на лицо тяжелыхъ осложненій, напр., сепсеа или бугорчатки. Въ самомъ воспаленіи трубы опасность для жизни можетъ крыться лишь при исключительныхъ обстоятельствахъ. Обычно же въ опасныхъ случаяхъ гонорройной кахексїи, кромѣ перелоа трубъ и матки, имѣются распространенные выпоты въ кѣтъчкѣтъ, всѣ тазовые органы съ прилежащими частями являються вовлеченными въ страданіе, и такимъ образомъ въ нижней части живота создается цѣлая совокупность болѣзней, которая отъѣняется на задній планъ опасность пораженій отдѣльныхъ органовъ.

Въ особенности дурно предсказаніе и теченіе при большихъ пѣосальпинксахъ, которые сообщаются посредствомъ свищей съ полостью кишечника. Вслѣдствіе постоянного притока заразныхъ началъ изъ кишечника и обусловливаемого имъ гнилостнаго разложенія, процессъ здѣсь усложняется и дѣлается опаснымъ для жизни, подобно тому, какъ это бываетъ иногда послѣ прокола или поврежденія трубныхъ мѣшковъ, а также послѣ разныхъ неполныхъ операций на нихъ. Равнымъ образомъ и *salpingitis tuberculosa*, самъ по себѣ не угрожающій жизни больной, можетъ сдѣлаться таковымъ, если къ нему присоединится бугорчатка другихъ органовъ, особенно брюшины.

Про ф л а к т и к а салпингита не лишена значенія, поскольку мы имѣемъ возможность у женщинъ со свѣжимъ перелоемъ бороться съ наклонностью гонококковъ къ восхожденію по половымъ органамъ. Въ этихъ видахъ необходимо, въ подобныхъ случаяхъ, совершенно избѣгать всѣхъ внутриматочныхъ, даже внутривагинальныхъ манипуляцій, такъ какъ наши смазыванія, впрыскиванія и т. п. — крайне способствуютъ этому восхожденію. Мужъ въ подобныхъ случаяхъ долженъ быть предувѣдомленъ о вредныхъ послѣдствіяхъ по-

вторныхъ обостреній перелоя съ его стороны и о томъ, что половыя сношенія могутъ повести къ ухудшенію и распространенію воспаленія у жены. Въ особенности важно объяснять это недавно поленившимся. Если мужъ примется лечиться, а у жены, при полномъ покое половыхъ органовъ, перелойная зараза локализируется въ шейкѣ, то этимъ путемъ всего легче можетъ быть предупреждена наиболѣе тяжелая форма гонорреи, ведущая къ полному разрушенію половыхъ органовъ и влекущая за собою бесплодіе и хилость.

Много бѣдъ возникаетъ, далѣе, если, при наличности заболѣванія трубъ у больной, предпринимаются оперативныя вмѣшательства на маткѣ, какъ зондированіе, выскабливаніе, отнятіе влагалищной части. Особенно опасно при этомъ насильственное выправленіе фиксированныхъ ретрофлексій подъ наркозомъ. Извѣстно достаточно случаевъ, гдѣ такія манипуляціи, собственно говоря, почти абсолютно противопоказанныя при измѣненіяхъ въ трубахъ, влекли за собою общій перитонитъ вслѣдствіе разрыва окружавшихъ гнойное гнѣздо срощеній и изліянія гноя въ брюшную полость. Поэтому при всякомъ, хотя-бы, повидимому, самомъ невинномъ гинекологическомъ вмѣшательствѣ необходимо обстоятельно выяснять, нѣтъ-ли пораженій трубъ, ихъ утолщеній и срощеній. Что и при здоровыхъ придаткахъ операція можетъ быть опасною, если при ней будетъ занесена въ трубы зараза. — этого нѣтъ надобности доказывать. Достаточно вспомнить, что и септические микроорганизмы могутъ давать псосальпинкты.

Противъ бугорчатого сальпингита профилактика, очевидно, бессильна; лишь въ исключительныхъ случаяхъ можно предупредить его, указавъ на опасность полового общенія съ мужчиною, страдающимъ бугорчаткою яичекъ. Что бугорчатое сѣмя весьма опасно въ этомъ отношеніи, — понятно само собою.

Упомянутые выше опыты надъ прониканіемъ впрыскиваемыхъ въ полость матки растворовъ въ трубы требуютъ, въ видахъ профилактики, соблюденія величайшей осторожности при внутриматочныхъ прижиганіяхъ. Производя послѣднія, надо тщательно наблюдать, чтобы брать жидкости небольшое количество (не болѣе 1—2 грм.), чтобы избытокъ ея въ состояніи былъ тотчасъ же вытекать обратно чрезъ расширенный цервикальный каналъ, и чтобы впрыскиванія дѣлались медленно, при небольшомъ давленіи. Иначе легко можетъ случиться, что леченіе, предпринятое противъ явленій сравнительно ничтожныхъ, будетъ имѣть ужасныя послѣдствія, — немедленную смерть или тяжелое заболѣваніе.

Терапія трубныхъ воспаленій зависитъ отъ той стадіи, въ которой находится болѣзнь ко времени вмѣшательства.

Острыя воспалительныя явленія требуютъ содержанія больной въ постели и абсолютнаго покоя для половыхъ органовъ, т.-е. строжайшаго запрещенія половыхъ сношеній. Разъ мы знаемъ, что даже распространенный перелойный перитонитъ, съ его бурными вначалѣ признаками, можетъ быстро закончиться счастливымъ образомъ, то и острия воспаленія яйцеводовъ слѣдуетъ лечить чисто консервативнымъ способомъ, хотя-бы воспалительныя явленія были очень бурны. Мѣстное леченіе здѣсь недопустимо въ виду тѣхъ

опасностей, съ которыми оно сопряжено, тѣмъ болѣе, что непосредственно на трубу повліять вѣдь невозможно.

Если болѣзнь перешла въ хроническую стадію, то вступаетъ въ свои права терапия, показывающаяся при всякомъ хроническомъ воспаленіи половыхъ органовъ, особенно при метритѣ. Сюда относятся: теплыя (27—28° R.) сидячія ванны, горячіе (40° R.) влагалитичные души, Priessnitz'евскіе компрессы на животъ (особенно почю), влагалитичные тампоны съ ихтіоль-мицерномъ, наполненный дробью кондомъ во влагалитиче (съ приподнятіемъ таза). Кромѣ того, уже въ видахъ отдѣленія супруговъ здѣсь можно рекомендовать продолжительное (нѣсколько недѣль) леченіе ваннами и грязью, напр. въ Франценсбадѣ, Эльстерѣ или Эблингѣ, съ осторожнымъ примѣненіемъ слабительныхъ въ видахъ отвлеченія на кишечникъ. Оживленіе обмѣна, поднятіе питанія, упорядоченіе стула, половой покой и пр. — заставляютъ даже тѣхъ, кто скептически относится къ специфическому дѣйствію «дамскихъ водъ», считать умѣстнымъ и полезнымъ при всѣхъ хроническихъ воспаленіяхъ половой сферы ежегодное повтореніе леченія на водахъ, пока существуютъ разстройства<sup>1)</sup>.

Величайшую осторожность слѣдуетъ соблюдать во всѣхъ случаяхъ салпингита относительно примѣненія массажа по Thuge-Brandt'у и другихъ насильственныхъ мѣропріятій, напр. отдѣленія срощеній по Schultze. Нельзя, конечно, отрицать, что иногда этими способами достигаются завидные успѣхи. Но, съ другой стороны, опасность, при еще заразительномъ трубномъ секретѣ, ухудшить или болѣзнь требуетъ здѣсь болѣе медленнаго, методичнаго образа дѣйствій, причемъ особенное вниманіе слѣдуетъ обращать на могущія быть противопоказанія со стороны трубныхъ мѣшковъ. Весьма важно, при этихъ вмѣшательствахъ, руководиться болевымъ ощущеніемъ больныхъ, которое является вѣрнымъ показателемъ.

1) Помимо этихъ средствъ, я лично считаю весьма дѣйствительнымъ и практичнымъ способомъ леченія хроническихъ салпинго-оофоритовъ систематическія впрыскиванія въ матку іодной настойки — въ чистомъ видѣ или въ смѣси со спиртомъ или алюмоіодомъ, по формулѣ Грамматикати (t-rae jodi 25,0, spiriti iodi 25,0, alumnoi 2,5). Способъ этотъ за послѣднее время вызвалъ много нападковъ: указываютъ, съ одной стороны, на недѣйствительность его во многихъ случаяхъ, съ другой — на его опасность. Что касается перваго возраженія, то я охотно признаю, что этотъ способъ, какъ и вообще всѣ наши лечебные способы, отнюдь не можетъ считаться панасеей. При всемъ томъ, во многихъ случаяхъ онъ несомнѣнно даетъ прекрасные, стойкіе результаты, — результаты тѣмъ болѣе цѣнные, что они получаются въ такихъ случаяхъ, гдѣ всѣ другіе методы леченія были испробованы безъ успѣха. Опасность же примѣненія этого способа далеко не такъ велика, если при его примѣненіи соблюдать извѣстныя предосторожности, — выбирать для пользованія по этому способу лишь соответствующіе случаи (неосложненные острымъ или подострымъ воспаленіемъ брюшины), производить впрыскиванія при строгомъ соблюденіи правилъ асептики, обезпечивать впрыскиваемой жидкости свободный оттокъ черезъ каналъ шейки, впрыскивать жидкость подъ небольшимъ давленіемъ и постепенно увеличивать количество ея, впрыскиваемое разъ, начиная съ нѣсколькихъ капель. Чѣмъ объясняется благотворное дѣйствіе этого метода леченія при салпинго-оофоритахъ, — это я считаю вопросомъ еще не выясненнымъ. Весьма возможно, что суть этого дѣйствія кроется именно въ непосредственномъ воздѣйствіи впрыскиваемой жидкости на больныя стѣнки трубъ. А можетъ быть, согласно мнѣнію Грамматикати, тутъ играть роль и вызываемый впрыскиваніями временный климактерій. В. Г.

если только обнаруженіе боли находится въ надлежащемъ соответствіи съ интензивностью ея.

Въ качествѣ послѣдняго средства при воспаленіяхъ трубъ остается оперативное леченіе, т.-е. удаленіе больныхъ частей. Когда въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ сальпингита надо оперировать, — для этого такъ же трудно установить опредѣленные правила, какъ и для выбора вмѣшательства. Въ настоящее время вполне резонно возстаютъ противъ чрезмѣрнаго увлеченія оперативнымъ вмѣшательствомъ при заболѣваніяхъ придатковъ, предпочитая болѣе консервативную терапію. Какъ и при миомахъ матки, здѣсь необходимо, при установкѣ показаній къ операціи, имѣть въ виду, что сама по себѣ болѣзнь, по крайней мѣрѣ въ большинствѣ случаевъ, не опасна для жизни, а операція — да. Но если жизнь больной стала не въ жизнь изъ-за постоянныхъ болей, сильнаго нагноенія, разстройствъ кишечника и пузыря, упорныхъ кровотеченій и пр., тогда несомнѣнно вступаетъ въ свои права радикальное оперативное вмѣшательство, тѣмъ болѣе, что по удаленіи тяжело пораженныхъ половыхъ органовъ женщины какъ-бы пробуждается къ новой жизни. За такое возрожденіе, однако, приходится платить потерю половыхъ органовъ, способности дѣторожденія и полового чувства. Если къ этому прибавятся еще зачастую очень мучительныя явленія, сопровождающія кастрацію (*Ausfallserscheinungen*), то оператору приходится лишь очень недолго слышать, что его операціею довольны<sup>1)</sup>. Перенесенныя боли исчезаютъ изъ памяти, а ушлыое настоящее выясняется все болѣе и болѣе, — и какъ врачъ, такъ и больная, оба начинаютъ сожалѣть о сдѣланномъ. Поэтому подобныхъ больныхъ всегда необходимо передъ операціею предупреждать о всѣхъ возможныхъ послѣдствіяхъ ея, чтобы предохранить себя отъ упрековъ; съ другой стороны, и операцію мы обязаны дѣлать такъ, чтобы функции половыхъ органовъ, если возможно, уцѣлѣли, — по крайней мѣрѣ, чтобы у больной сохранились остатки яичниковъ, столь сильно влияющихъ на весь организмъ.

Во всякомъ случаѣ, если въ нашихъ стремленіяхъ къ консервативному образу дѣйствій гонорройный пиеосальпингисъ ставитъ намъ весьма тяжелыя задачи, то, съ другой стороны, здѣсь довольно легко впасть и въ другую ошибку, удаливъ не все больное; тогда операція оказывается напрасною, и больная черезъ короткое время начинаетъ опять страдать прежними разстройствами<sup>2)</sup>. Обширныя

1) Необходимо еще имѣть въ виду, что даже и прежнія разстройства исчезаютъ послѣ полного извѣченія матки съ воспалительными придатками не всегда, — по даннымъ Schaufly, напр., въ 84%. В. Г.

2) По наблюденіямъ Ries'a, Bouée и др. авторовъ, неудовлетворительный результатъ консервативныхъ операцій (сальпингэктомія) при воспаленіяхъ трубъ, особенно гонорройныхъ, въ значительной степени объясняется тѣмъ, что въ культяхъ вырѣзанныхъ трубъ, несмотря на перевязку, скоро восстанавливается проходимый каналъ, чрезъ который микробы изъ полости матки и могутъ легко проникать въ полость брюшины, обуславливая новое ея зараженіе. Имѣя въ виду эти наблюденія, справедливость которыхъ вполне подтверждена экспериментальными изслѣдованіями Fraenkel'я, операторъ долженъ, при удаленіи трубъ, позаботиться о надежномъ закрытіи ихъ просвѣта въ культяхъ. Bouée даже совѣтуетъ для этой цѣли не ограничиваться простою перевязкою, а резецировать часть маточныхъ роговъ на глубину одного дюйма и затѣмъ сшивать отдѣльно muscularis и serosa'y по обѣ стороны резецированнаго мѣста. В. Г.

наблюденія послѣдняго времени повели къ тому, что сохраняющіе методы оперативнаго леченія больныхъ придатковъ все болѣе уступаютъ мѣсто радикальнымъ, и теперь для окончательнаго излеченія признается необходимымъ полное удаленіе пораженныхъ перелосми половыхъ органовъ — матки, трубъ и яичниковъ (послѣднихъ — за исключеніемъ, быть можетъ, небольшихъ остатковъ, чтобы предупредить кастраціонныя разстройства). Какъ-бы то ни было, теперь твердо установлено, что простого вскрытія скопленій гноя въ трубкахъ, — черезъ влагалище-ли, или же черезъ брюшныя покровы, — недостаточно для излеченія процесса, и что на разрѣзъ или проколъ гидросальпинкса нужно смотрѣть лишь какъ на операцію временную. Удалять-ли трубы съ маткою или безъ нея, влагалищнымъ путемъ или путемъ чрезвѣснаго, — это зависитъ отъ особенностей даннаго случая. У женщинъ молодыхъ, у которыхъ въ особенности представляется нежелательнымъ удаленіе всего полового аппарата путемъ радикальной «влагалищной операціи», я вмѣсто послѣдней не разъ удалялъ больныя трубы *per abdomen* и, сдѣлавъ въ днѣ матки проходное для 2 пальцевъ сквозное отверстіе, вшивалъ въ ея полость оставшіяся яичникъ, имѣя въ виду этимъ сохранить функцію матки, а можетъ быть, даже и плодородіе; больныя эти поправились, но о позднѣйшей беременности я не слышалъ ни въ одномъ случаѣ.

Подобныя же цѣли преслѣдуетъ предложенная *Martin'омъ* и *Skutsch'емъ* *salpingostomia* при водянкѣ трубъ, — вскрытіе замкнутой трубы и искусственное образованіе *ostii abdominalis*. Операція эта, разумѣется, предполагаетъ, что околотрубный процессъ закончился, и что сама труба, помимо закрытія *ostii abdominalis* съ послѣдовательнымъ гидросальпинксомъ, никакихъ измѣненій не представляетъ. При гнойномъ содержимомъ мѣшка *salpingostomia* можетъ дать въ итогъ смерть больной отъ послѣдовательнаго перитонита, чему есть примѣры въ литературѣ. Если послѣ операціи получаются какіе-либо воспалительные процессы, то основная болѣзнь не только не устраняется, но скорѣе претерпѣваетъ ухудшеніе, причемъ искусственное устье вскорѣ же можетъ закрыться. Какъ-бы то ни было, и здѣсь необходимъ тщательный подборъ случаевъ, и требованіе *Veit'a*, что въ каждомъ случаѣ необходимо предварительно убѣдиться въ половой способности мужа путемъ изслѣдованія его сѣмени на присутствіе живыхъ сперматозоидовъ, вполне основательно. При сдѣланныхъ мною операціяхъ этого рода, причемъ иногда я прямо вшивалъ яичникъ въ расширенную трубу (какъ это указано выше относительно матки), несчастныхъ случаевъ не было, но и о томъ, чтобы впоследствии у оперированныхъ наступала беременность, я также не слышалъ.

## Глава XVI.

### Трубная беременность. — Новообразования трубъ.

Albert'a Döderlein'a.

#### I. Трубная беременность (haematocеле).

Если оплодотворенное яйцо привьется и начнет развиваться не въ маткѣ, но гдѣ-либо внѣ ея, «эктопически», то результатомъ этого является одно изъ самыхъ тяжелыхъ заболѣваній, какія только бываютъ въ женскомъ организмѣ на почвѣ половой дѣятельности.

Всего чаще мѣстомъ локализации вѣматочной беременности бываетъ труба на всемъ ея протяженіи, отъ самаго крайняго конца яичниковой бахромы, покрытаго еще мерцательнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ, до маточнаго устья, — *graviditas tubaria*; *graviditas abdominalis*, прививка яйца на брюшинѣ, энергично оспаривается многими и, по всей вѣроятности, никогда не наблюдается; *graviditas ovarialis*, яичниковая беременность, настолько отстываетъ на задній планъ по сравненію съ трубной беременностью, что въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ ея необходимо обстоятельное анатомическое изслѣдованіе, чтобы доказать первичную прививку яйца въ яичникѣ.

Причина, почему вѣматочная беременность преимущественно развивается въ трубѣ, будетъ вполне понятна, если мы вспомнимъ, что обыкновенно яйцо во время лопанія Graaf'ова фолликула выскакиваетъ изъ него, затѣмъ, подъ вліяніемъ мерцательныхъ движеній эпителия трубныхъ бахромокъ, попадаетъ въ трубу и черезъ эту послѣднюю уже достигаетъ матки.

Чтобы пройти этотъ длинный, для маленькаго яйца, путь, который оно продѣлываетъ отчасти благодаря опять-таки мерцательнымъ движеніямъ рѣсничекъ покровнаго эпителия трубы, отчасти, можетъ быть, благодаря перистальтическимъ сокращеніямъ яйцепровода, — яйцу приходится затрачивать нѣсколько дней, — вѣроятно, около недѣли. Такъ какъ, съ другой стороны, и у животныхъ, и у людей несомнѣнно доказано, что проникающія въ рукавъ сѣмянныя нити, благодаря своей способности къ энергичному передвиженію, уже въ нѣсколько часовъ могутъ пройти черезъ матку въ трубы, то надобно думать, что именно въ послѣднихъ и происходитъ встреча обоихъ элементовъ. По всей вѣроятности, яйцепроводы физиологически служатъ мѣстомъ оплодотворенія яицъ. Что касается причинъ, почему иногда оплодотворенное яйцо прививается въ трубѣ, а не продолжаетъ свой путь въ матку, то ихъ надобно искать въ какихъ-либо аномаліяхъ или заболѣваніяхъ полового аппарата.



На первомъ планѣ среди причинъ внѣматочной беременности слѣдуетъ поставить воспаленія слизистой оболочки трубы, при которыхъ страдаетъ эпителиальный слой ея, и мерцательное движеніе рѣсничекъ эпителія или ослабѣваетъ, или вовсе прекращается. Такія измѣненія чмѣютъ мѣсто въ начальныхъ стадіяхъ восходящихъ воспаленій, особенно гонорройнаго. Проникшіе изъ матки въ трубу гонококки выѣдряются, — какъ и на другихъ слизистыхъ оболочкахъ, — между эпителиальными клѣтками и обуславливаютъ ихъ гибель и отпаденіе. Этимъ путемъ именно въ первыхъ стадіяхъ сальпингита, когда абдоминальное отверстіе трубы еще не зарощено и способно воспринять яйцо, создаются условія для возникновенія трубной беременности. Такъ какъ процессъ идетъ обыкновенно отъ маточнаго конца трубы къ брюшинному, то брюшинный конецъ трубы можетъ быть вполне здоровъ, можетъ на-

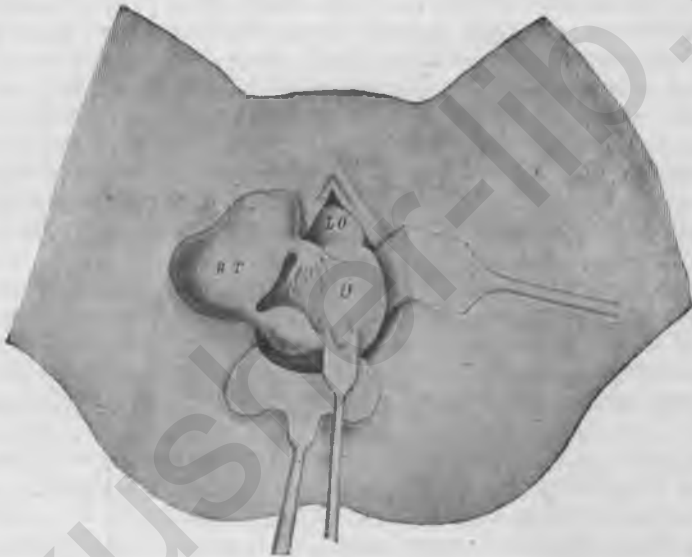


Рис. 235. Graviditas tubaria dextra. Матка вмѣстѣ съ трубою выведена чрезъ разрѣзъ въ переднемъ сводѣ въ рукавъ, а отсюда извлечена черезъ половую щель для изсѣченія беременной трубы. U — матка, RT — правая труба, LO — лѣвый яичникъ. Въ области устья правой трубы припуханіе, salpingitis isthmica nodosa. Экстирпація, выздоровленіе.

ходиться въ состояніи, благопріятномъ для воспринятія и оплодотворенія яйца, тогда какъ въ маточномъ отдѣлѣ заболѣванія уже началось, и факторы, способствующие передвиженію яйца, уничтожены. Подобный случай изображенъ на рис. 235: здѣсь въ правой трубѣ видна опухоль, обусловленная беременностью; между этою опухолью и маткою видно второе утолщеніе, зависящее отъ узловатаго сальпингита (salpingitis isthmica nodosa). Вся картина не оставляетъ сомнѣнія, что здѣсь именно воспалительные узлы въ маточной части трубы помѣшали яйцу проникнуть въ матку. Съ этимъ вполне согласуется тотъ фактъ, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ яйцо прививается въ абдоминальной части трубы.

Насколько понятнымъ является для меня указанное отношеніе начальныхъ стадій гонорройнаго сальпингита въ этиологии трубной беременности, настолько же неприемлемымъ является для меня противоположное воззрѣніе, будто конечныя стадіи данной болѣзни, незадолго до полнаго восстановленія разрушенныхъ тканей, также могутъ обусловливать прививку яйца въ трубу. При этомъ, будто-бы, выздоровленіе идетъ настолько далеко, что больная вновь получаетъ возможность забеременѣть, и только отсутствуетъ послѣдній шагъ къ *restitutio ad integrum* — мерцательная функція рѣсничекъ эпителия. Для меня крайне сомнительно, чтобы гонорройный сальпингитъ могъ излечиваться до такой степени.

Помимо гонорреи, и другія инфекціонныя заболѣванія могутъ нарушать нормальныя функціи слизистой оболочки яйцепроводовъ, напр., туберкулезъ и септические процессы.

Наряду съ эндосальпингитомъ и перисальпингитъ иногда ведетъ къ трубной беременности, такъ какъ вызываемыя имъ сращения обусловливаютъ перегибы трубы, которые въ свою очередь нарушаютъ проходимость ея просвѣта. Такъ какъ въ подобныхъ случаяхъ слизистая оболочка трубы остается здоровою, и сѣмянные нити, благодаря своей способности къ самостоятельному передвиженію, легко преодолеваютъ указанныя препятствія, то фактъ наступленія беременности при такихъ условіяхъ не представляетъ ничего удивительнаго. То же самое можно сказать и о случаяхъ, гдѣ причиною трубной беременности являются полипозныя опухоли въ каналѣ трубы.

Тщательныя микроскопическія изслѣдованія на серияхъ срѣзовъ показываютъ, далѣе, что иногда въ возникновеніи вѣматочной беременности играютъ важную этиологическую роль дивертикулы въ стѣнкѣ трубы и слѣпо оканчивающіяся добавочныя трубы (рис. 227). Въ чемъ заключается эта роль, — понятно безъ дальнѣйшихъ объясненій.

Труднѣе складываются отношенія, если мы станемъ искать причины вѣматочной беременности не въ анатомическихъ измѣненіяхъ, а въ отклоненіяхъ біологическаго характера. Мы встрѣтимся здѣсь съ гипотезами, доказать которыя, правда, очень трудно, но которыя, съ другой стороны, представляются настолько обоснованными, что ихъ нельзя пройти молчаніемъ.

Sirrel первый обратилъ вниманіе на то, что при вѣматочной беременности замѣчательно часто встрѣчаются указанія на *migratio ovi externa*, т.-е. что, напр., при беременности въ правой трубѣ желтое тѣло находится въ лѣвомъ яичникѣ. Отсюда Sirrel заключаетъ, что, продѣлывая болѣе длинный путь, оплодотворенное яйцо успѣваетъ за это время настолько увеличиться въ размѣрахъ, что не можетъ проскользнуть черезъ узкій просвѣтъ трубы. Помимо пространственнаго несоотвѣтствія, слѣдуетъ еще при этомъ имѣть въ виду, что въ оплодотворенномъ яйцѣ, по истеченіи известнаго времени, обнаруживается энергичная наклонность къ прививкѣ. Образовавшій изъ эктодермы трофобластъ начинаетъ проявлять свою способность разрушать клѣтки. Проявляя эту способность по отношенію къ покровному эпителию трубной мукозы, онъ обусловливаетъ разрушеніе послѣдняго въ мѣстѣ соприкосновенія съ яйцомъ; яйцо

при этомъ опускается въ подэпителиальную ткань и не въ состояніи бываетъ двигаться далѣе. Прививка яйца въ трубъ зависитъ, значить, отъ самого яйца.

Такимъ же образомъ, какъ *migratio ovi externa*, дѣйствуетъ чрезмѣрная длина и извилистость трубъ, свойственныя послѣднимъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ онѣ сохранили свой эмбриональный или дѣтскій типъ. На эту причину внѣматочной беременности особенно обратилъ вниманіе Freund.

Биологическія причины возникновенія трубной беременности отходятъ, однако, на задній планъ по сравненію съ анатомическими, такъ какъ опытъ гинекологовъ-операторовъ показываетъ, что при внѣматочной беременности рѣдко не оказывается налицо сальпингита и периметрита. Кромѣ того, трубная беременность въ большинствѣ случаевъ наблюдается у женщинъ многорожавшихъ.

Среди наблюдавшихся мною въ Тюбингенской клиникѣ, — приблизительно на 5000 гинекологическихъ больныхъ, — 71 случая внѣматочной беременности лишь 10 приходится на долю женщинъ, ни разу не рожавшихъ; изъ остальныхъ только 11 рожали по одному разу, остальные же 50 были многорожавшія. При этомъ оказалось, что зачастую между двумя послѣдовательными беременностями, — послѣдней маточной и внѣматочной, — имѣлъ мѣсто длинный промежутокъ въ нѣсколько лѣтъ. Очевидно, у больныхъ существовали причины, затруднявшія зачатіе, причемъ весьма возможно думать, что тѣ же измѣненія, которыя затрудняли ранѣе встрѣчу сѣмянныхъ нитей съ яйцами, явились помѣхою и для нормальнаго передвиженія оплодотворенныхъ яицъ. Невсегда, но въ большинствѣ случаевъ, значить, въ основѣ возникновенія трубной беременности лежатъ заболѣванія трубъ и ихъ окрестности.

Теченіе и исходы. — Привившееся въ трубъ яйцо обычно постигаетъ преждевременная гибель; лишь очень рѣдко трубная беременность длится долѣе 3 мѣсяцевъ, и только въ исключительныхъ случаяхъ она доходитъ до конца. Среди моихъ 71 случая въ 68 беременность была на 1, 2 и 3-мъ мѣсяцахъ, въ 2 — на 6-мъ и лишь въ одномъ — на 10-мъ. Несомнѣнно, что такое раннее прерываніе трубной беременности представляетъ собою нѣчто законное, самообоснованное. Причина его кроется въ томъ, что слизистая оболочка трубъ, въ противоположность маточной мукозѣ, по своему анатомическому строенію весьма мало приспособлена къ тому, чтобы служить почвою для развитія яйца: она способна лишь къ ничтожной «децидуальной реакціи», которая является необходимымъ условіемъ для этого развитія. Между тѣмъ какъ въ маткѣ яйцо, опустившееся въ толщу слизистой оболочки, окружается обильно разросшеюся, богатою клѣтками и кровью децидуальною тканью, которая происходитъ изъ соединительной ткани мукозы и, быстро разрастаясь, обезпечиваетъ яйцу соответственное ложе и питаніе, — скудныя соединительно-тканные элементы трубной мукозы оказываются неспособными къ такому превращенію и гиперплазии. И здѣсь яйцо прививается подъ трубнымъ эпителиемъ, въ соединительной ткани слизистой оболочки, но, при незначительномъ количествѣ этой ткани, особенно у основанія трубныхъ складокъ, оно легко и быстро приходитъ въ соприкосновеніе съ мускулатурою, которая здѣсь почти

граничить съ эпителиемъ; мышечная же ткань гораздо меньше, чѣмъ соединительная, является пригодною для развитія яицъ; она разрѣжается и разрушается со стороны этого послѣдняго и его продуктовъ. Такимъ образомъ получается кругомъ яйца лишь тонкая капсула, которая въ большинствѣ случаевъ уже по истеченіи нѣсколькихъ недѣль разрывается подъ напоромъ со стороны растущаго яйца или пробѣдается разрастающимися яйцевыми массами. Къ этому присоединяется еще то обстоятельство, что сама тонкая трубная стѣнка, благодаря разѣдающему влиянію, которое оказываютъ яйцевыя оболочки на материнскую ткань, разрушается, и отсюда возникаетъ опасность ея разрыва и узуръ. Такимъ образомъ оправдываются слова Werth'a, которому мы обязаны большинствомъ нашихъ свѣдѣній относительно трубной беременности, что «яйцо приготовляетъ себѣ въ трубѣ не ложе, а могилу».

При свѣтѣ новѣйшихъ анатомическихъ изысканій (F ü t h, Aschoff, Kühne и др.) клиническія данныя относительно трубной беременности представляются гораздо болѣе гармоничными и понятными, чѣмъ прежде.

До сихъ поръ, говоря о теченіи внѣматочной беременности, строго различали два главныхъ ея исхода: трубный абортъ, съ образованіемъ трубнаго заноса или безъ такового, и разрывъ трубы. Въ настоящее время взглядъ этотъ оставленъ и долженъ считаться ошибочнымъ. Судьба привившагося въ трубѣ яйца это — гибель его вслѣдствіе разрыва капсулы; отсюда исключаются лишь рѣдкіе случаи его дальнѣйшаго развитія.

Старое представленіе, будто стѣнка самой трубы рвется лишь въ исключительныхъ случаяхъ, благодаря травмамъ, и что въ разрывѣ трубы мы должны видѣть нѣчто случайное, — совершенно невѣрно; по всей вѣроятности, трубная стѣнка разрывается несравненно чаще; чѣмъ это было обнаруживаемо (скрытые разрывы по Aschoff'y); ея разрывъ есть естественное послѣдствіе разрушительнаго вліянія, которое оказывается яйцомъ на окружающія ткани. Слизистая оболочка трубы и трубная стѣнка не выдерживаютъ напора со стороны развивающагося яйца, а съ ихъ разрушеніемъ гибнетъ и само яйцо.

Рис. 236. Наружный разрывъ плодоемстилица при внѣматочной беременности. Свѣжій, полученный путемъ операциі препаратъ.

Основываясь на анатомическихъ отношеніяхъ, надобно думать, что чѣмъ долѣе развивается въ трубѣ яйцо, тѣмъ болѣе приближается оно къ своей гибели. Обычно уже на второмъ — третьемъ мѣсяцѣ послѣ зачатія наступаетъ разрывъ яйцевой капсулы съ кровоточеніемъ, причѣмъ зародышъ въ большинствѣ случаевъ погибаетъ. Явленіе это грозитъ опасностью и матери, которая въ короткое время можетъ умереть отъ внутренняго кровоточенія или, — какъ это бываетъ гораздо чаще, — подвергается длительному, тяжелому заболѣванію, извѣстному подъ названіемъ трубнаго аборта съ

образованіемъ заматочной кровяной опухоли (*haematocoele retrouterina*).

Если происходитъ «наружный разрывъ плодовмѣстилица» (*Werth*), причемъ трубная стѣнка разрывается вмѣстѣ со своимъ брюшиннымъ покровомъ, тогда кровь прямо и безпрепятственно изливается въ брюшную полость изъ открытаго межворсинчатого пространства, а можетъ быть, и изъ большихъ материнскихъ сосудовъ, подвергшихся разрывающему вліянію со стороны яйца. Такимъ путемъ возникаютъ тѣ случаи, въ которыхъ женщина, ранѣе чувствовавшая себѣ вполне хорошо, вдругъ поражается катастрофой и въ короткое время гибнетъ при явленіяхъ остраго малокровія. При чревосѣченіи въ подобныхъ случаяхъ находятъ брюшную полость наполненною жидкою кровью, а въ стѣнкѣ беременной трубы открываютъ мѣсто разрыва, иногда очень небольшое, изъ котораго струею льется кровь.

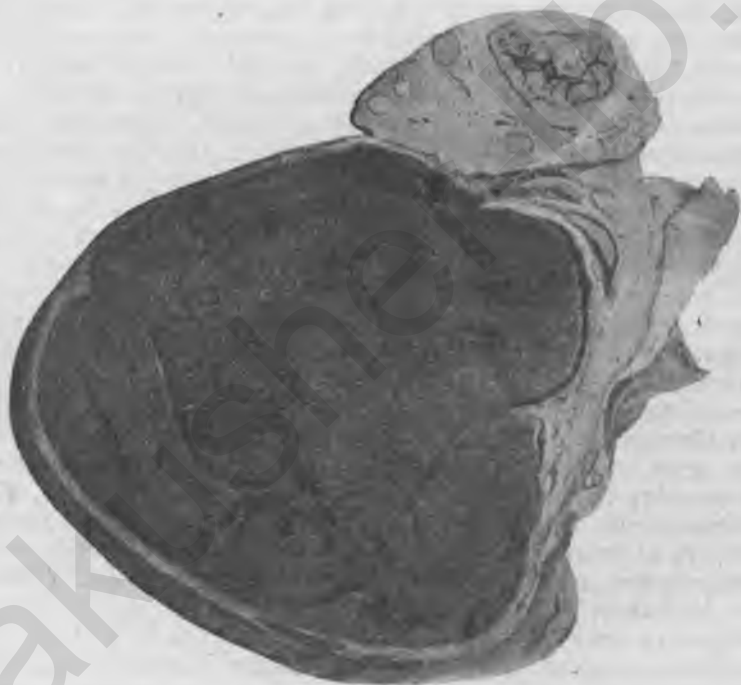


Рис. 237. Трубный заносъ вслѣдствіе «внутренняго разрыва плодовмѣстилица», безъ *haematocoele*. Препаратъ полученъ путемъ лапаротоміи, собственный случай, выздоровленіе.

Въ большинствѣ случаевъ, однако, стѣнка трубы оказывается болѣе устойчивою, чѣмъ завороченная оболочка яйца<sup>1)</sup>; послѣдняя

1) Изслѣдованія многихъ наблюдателей свидѣтельствуютъ, что *muscularis tubae* при внѣматочной беременнос и гипертрофируется. благодаря увеличенію отдельныхъ ея элементовъ, хотя эта гипертрофія далеко не достигаетъ той степени, какая имѣетъ мѣсто въ мышечныхъ клѣткахъ матки при маточной беремености. В. Г.

разрывается ранѣе, и тогда происходитъ «внутренній разрывъ плодовмѣстилица». При этомъ кровь изливается изъ межворсинчатого пространства въ просвѣтъ трубы и между яйцевыми оболочками. Она течетъ въ этомъ случаѣ не такъ сильно, и, такъ какъ токъ ея встрѣчаетъ извѣстное препятствіе, то кровотеченіе не бываетъ такъ обильно, какъ при разрывѣ трубной стѣнки. Случается даже, — какъ это представлено на рис. 237, — что кровь внутри трубы свертывается, и здѣсь образуется гѣматома, внутри которой лежитъ превращенное въ заносъ яйцо, — «трубный заносъ», «трубная гѣматома плодовмѣстилица».

Составныя части яйца при этомъ могутъ быть макроскопически неразличимы въ кровяныхъ массахъ, выполняющихъ трубу. Въ старыхъ случаяхъ лишь тщательное микроскопическое изслѣдованіе можетъ установить истинную натуру заболѣванія, если подъ микроскопомъ найдены будутъ отдѣльные переродившія ворсинки хоріона. Veit, однако, указалъ на признакъ, по которому гѣматосальпинксы, возникшіе на почвѣ трубной беременности, можно легко отличить отъ всѣхъ другихъ гѣматосальпинксовъ. Это — отсутствіе зарощенія брюшиннаго конца трубы. На рис. 237 изображенъ, для доказательства этого, препаратъ, полученный путемъ операціи.

Лишь въ меньшинствѣ случаевъ, однако, кровяные сгустки ограничиваются одною внутренностью трубы. Обычно кровотеченіе бываетъ настолько значительно, что кровь протекаетъ черезъ трубу, — отчасти, можетъ быть, въ полость матки, главнымъ же образомъ по направленію наименьшаго сопротивленія, т. е., чрезъ открытое брюшинное отверстіе, въ брюшную полость. И здѣсь можетъ случиться, что вся полость брюшины наполнится кровью. Но это составляетъ здѣсь исключеніе, — лишь въ исключительныхъ случаяхъ кровь вытекаетъ изъ трубы настолько быстро и обильно, что не происходитъ свертыванія и локализаціи ея. Въ большинствѣ случаевъ она медленно просачивается изъ трубнаго отверстія, иногда такимъ образомъ, что остается въ области трубныхъ бахромокъ, образуя здѣсь скопленіе, съ кулакъ величиною, въ которое открывается воронка трубы, — «околотрубная гѣматома». Чаше излившаяся кровь собирается въ самомъ глубокомъ мѣстѣ брюшной полости, въ заднемъ Douglas'овомъ карманѣ, наполняетъ его, отбѣсняя подвижные тазовые органы, и образуетъ здѣсь сначала жидкое скопленіе, которое затѣмъ замѣняется скопленіемъ плотныхъ фибринозныхъ массъ, — «haematocoele retrouterina». Если задній Douglas'овъ карманъ былъ ранѣе зарощенъ вслѣдствіе пельвеоперитонита, то кровь собирается выше его, затѣмъ течетъ въ пузырно-маточную впадину и образуетъ кровяную опухоль въ этой послѣдней и на переднихъ листкахъ широкихъ связокъ. Яйцо можетъ при этомъ или цѣликомъ выйти изъ трубы, или остаться здѣсь — цѣликомъ или частью.

На своемъ матеріалѣ я нашелъ, среди 54 оперированныхъ случаевъ, въ 34, т. е. въ 63%, внутренній разрывъ плодовмѣстилица (трубный абортъ) съ образованіемъ трубнаго заноса и haematocoele, въ 18 случаяхъ (33,3%) — внутренній же разрывъ съ образованіемъ трубной гѣматомы плодовмѣстилица, безъ haematocoele, и въ 2 случаяхъ (3,7%) — наружный разрывъ плодовмѣстилица (разрывъ

трубы). Если A s c h o f f правъ, говоря о скрытыхъ разрывахъ трубы, то въ будущемъ *ruptura tubae* будетъ находима гораздо чаще, ибо замѣтить ее не такъ-то легко, и лишь послѣ самаго тщательнаго изслѣдованія препарата можно съ несомнѣнностью исключить разрывъ. Достоиннымъ вниманія образомъ въ настоящее время все болѣе и болѣе накапливаются наблюденія, что и при такъ называемомъ трубномъ выкидышѣ, послѣ умиранія яйца, даже послѣ образованія *hæmatocèle*, трубная стѣнка, однако, можетъ послѣдовательно узурироваться и разрываться, такъ что послѣ внутренняго разрыва плодoвмѣстища послѣдовательно происходитъ наружный, — обстоятельство крайне важное въ клиническомъ и терапевтическомъ отношеніи, благодаря сопряженнымъ съ нимъ опасностямъ.

Симптома то л о г і я описанныхъ процессовъ, благодаря разнообразію послѣднихъ, является неодинаковою, хотя между отдѣльными случаями наблюдаются не принципиальная разница, а разница лишь въ силѣ признаковъ. Общимъ для большинства случаевъ является то, что у женщинъ, находящихся въ возрастѣ половой зрѣлости, — изъ моихъ 71 больной самая молодая была въ 20-лѣтнемъ возрастѣ, самой старшей былъ 41 годъ, — регулы не появляются разъ, рѣже нѣсколько разъ, такъ что больныя сами начинаютъ подозревать или сознавать себя беременными, особенно если у нихъ наступаютъ свойственныя началу беременности разстройства.

Пока яйцо остается неповрежденнымъ и растетъ безпрепятственно, больная нисколько не ощущаетъ ненормальности своей беременности, — напротивъ, думаетъ, что у ней внутриматочная беременность. Но когда наступитъ наружный разрывъ плодoвмѣстища (разрывъ трубы), или внутренній разрывъ дастъ слишкомъ обильное кровотеченіе, — внезапно разражается катастрофа. Больная падаетъ безъ сознанія при явленіяхъ постепенно возрастающей анеміи. Блѣдность лица, малый, нитевидный пульсъ, недостатокъ воздуха — указываютъ на грозящую жизни ея опасность. Иногда прежде, чѣмъ успѣетъ явиться врачъ, больная можетъ уже погибнуть отъ кровопотери. Я неоднократно видѣлъ случаи, когда даже у больныхъ, находившихся въ клиникѣ, гдѣ все было готово къ операциі, обильныя кровотеченія въ брюшную полость наступали такъ внезапно, что операциія уже спустя нѣсколько минутъ оказывалась запоздавшею.

Если больная перенесетъ первый приступъ, если кровотеченіе, благодаря пониженію кровяного давленія, а можетъ быть, благодаря закупоркѣ отверстия разрыва выступающими въ него массами, напримеръ, ворсинкой, уменьшится и остановится, то наступаютъ тяжелое заболѣваніе. Излившаяся въ брюшную полость кровь осумковывается въ самыхъ глубокихъ мѣстахъ ея, отчасти свертывается, отчасти же остается жидкою и распределяется повсюду между петлями кишекъ. При этомъ, если даже она не разлагается, — что бываетъ, сравнительно, рѣдко, — у больной наступаютъ жестокия боли. Въ противоположность этимъ, остро наступающимъ и бурно протекающимъ, крайне опаснымъ для жизни случаямъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, — гдѣ прежде видѣли трубный выкидышъ, а въ настоящее время — внутренній разрывъ плодoвмѣстища, болѣзнь протекаетъ такимъ образомъ, что больныя едва сознаютъ себя таковыми, или

даже вовсе не сознають, и выздоравливають безъ врачебнаго вмѣшательства. Возможно думать, что очень молодыя яйца превращаются въ гематомы плодоемѣстилища безъ того, чтобы кровь, по крайней мѣрѣ въ болѣе или менѣе значительномъ количествѣ, изливалась въ брюшную полость. Въ такихъ случаяхъ лишь небольшія разстройства менструаціи, которымъ женщина не придаетъ никакого значенія, могутъ указывать на процессъ, который только благодаря раннему своему прерыванію не повелъ за собою тяжелаго заболѣванія.

Подобнаго рода случаи безъ рѣзкой границы переходятъ въ такіе случаи, гдѣ дѣло доходитъ до образованія болѣе объемистыхъ кровяныхъ опухолей въ погибшемъ яйцѣ гесп. въ трубѣ (рис. 237), но гдѣ, однако, скопленія крови въ брюшной полости не бываетъ, т. е. образуется трубный заносъ безъ haematocoele. Въ моемъ оперативномъ матеріалѣ такихъ случаевъ, какъ уже упомянуто выше, было 18, — фактъ, свидѣтельствующій о томъ, что подобныя болѣзны все же по истеченіи болѣе или менѣе короткаго времени начинаютъ искать врачебной помощи и рѣшаются на удаленіе опухоли. И здѣсь въ картинѣ болѣзни выступаютъ неправильныя маточныя кровотеченія, отличающіяся длительностью и силою. Мѣсячныя обычно не являются въ срокъ, больная можетъ себя чувствовать беременной, затѣмъ, — на 2-мъ или 3-мъ мѣсяцѣ беременности, — наступаютъ кровотеченія, соединенныя съ болями, или безъ таковыхъ. Больная, а иногда даже акушерка и врачъ, къ которымъ она обращается, — зачастую предполагаютъ маточный выкидышъ, тѣмъ болѣе, что съ кровью выходятъ массы, похожія на части яйца, — decidua uterina. Кровотеченіе, однако, не прекращается, обычныя лекарственныя средства остаются безъ результата, — напротивъ, больная кровоточитъ все сильнѣе, цѣлыми недѣлями; къ этому присоединяются боли въ животѣ и крестцѣ, такъ что женщина, наконецъ, чувствуетъ себя больною.

Между описанными сейчасъ случаями и случаями предыдущей категоріи возможенъ, повторяю, цѣлый рядъ переходовъ точно такъ же, какъ между этими случаями и случаями слѣдующей категоріи, куда я отношу случаи съ образованіемъ кровяныхъ скопленій въ брюшинѣ (haematocoele) или, рѣже, съ образованіемъ внѣбрюшинныхъ, межсвязочныхъ гематомъ. Всѣ явленія бываютъ здѣсь выражены рѣзче, анемія — сильнѣе, такъ что дѣло доходитъ иногда до развитія коллапса; кровяные сгустки могутъ выполнить собою весь малый тазъ и распространиться даже въ большой тазъ, причемъ, конечно, въ общей картинѣ случая явленія, обусловленныя кровопотерей, становятся рѣзче, и къ нимъ присоединяются припадки, обусловленные сдавленіемъ. Болѣзнь можетъ здѣсь разразиться остро, съ рѣзкими симптомами, свойственными внутреннему кровоизліанію или же можетъ протекать болѣе хронически, причемъ, однако, въ концѣ-концовъ все же наступаютъ угрожающія явленія. И здѣсь, конечно, имѣетъ мѣсто отхожденіе отпадающей оболочки изъ матки, иногда съ сильными болями и всегда съ кровотеченіемъ, которое въ различныхъ случаяхъ имѣетъ различную силу, рѣдко, однако, представляется профузнымъ, въ большинствѣ же случаевъ имѣетъ характеръ длительнаго, постояннаго отхожденія жидкой, темной крови. Картина болѣзни, стало быть, здѣсь вполне зависитъ отъ



обусловленнаго лопаніемъ яйца кровоточенія изъ трубы, къ которому присоединяются наступающія при отдѣленіи и выходженіи отпадающей оболочки маточныя кровоточенія. Происходитъ-ли кровь при этихъ послѣднихъ исключительно изъ матки, или сюда примѣшивается также изъ трубы, опоражнивающейся отчасти въ матку, — это трудно сказать, хотя второе предположеніе является вполне возможнымъ. Какъ правило, послѣ разрыва оболочки яйца развитіе послѣдняго останавливается, и зародышъ умираетъ; въ рѣдкихъ случаяхъ, однако, онъ продолжаетъ развиваться далѣе, иногда до нормальнаго срока, — вторичная брюшинная беременность.

Въ препаратахъ, полученныхъ при операціяхъ, обычно не находятъ зародыша, такъ какъ, за исключеніемъ рѣдкихъ случаевъ, гдѣ операція предпринимается тотчасъ послѣ разрыва, — проходятъ недѣли, прежде чѣмъ состояніе больной будетъ распознано; за это время ранній зародышъ успѣетъ распасться. Яйцо можетъ остаться въ трубѣ, все болѣе и болѣе окутывается кровяными сгустками, превращается въ заносъ и можетъ in loco резорбироваться. Въ другихъ случаяхъ оно цѣликомъ или частью выталкивается въ брюшную полость. Наконецъ, въ рѣдкихъ случаяхъ междуточной беременности оно можетъ попасть въ матку и отсюда наружу.

Когда яйцо совершенно распадется или превратится въ заносъ, то постепенно кровоточенія изъ его вмѣстилища прекращаются и, вмѣстѣ съ рассасываніемъ излившейся крови и самого яйца, наступаетъ излеченіе, которое длится болѣе или менѣе продолжительное время, въ зависимости отъ количества подлежащаго рассасыванію матеріала, большею частью, однако, — нѣсколько мѣсяцевъ.

Мы можемъ, такимъ образомъ, различать въ теченіи трубной беременности 3 стадіи. Первая стадія обнимаетъ періодъ прививки и развитія яйца, протекающихъ безъ какихъ-либо патологическихъ явленій; во второй стадіи, благодаря наружному или внутреннему разрыву плодовмѣстилища, наступаетъ катастрофа, ведущая обычно къ перерыву беременности и къ началу заболѣванія или къ смерти беременной: третья стадія — это стадія выздоровленія, во время которой организмъ освобождается отъ продуктовъ беременности и кровяныхъ массъ.

Діагнозъ трубной беременности значительно зависитъ отъ той стадіи, въ которой находится послѣдняя; въ общемъ онъ, однако, не представляетъ большихъ трудностей.

Весьма большое значеніе для распознаванія имѣетъ анамнезъ, особенно указаніе на пропускъ мѣсячныхъ. Лишь въ рѣдкихъ случаяхъ внѣматочное развитіе яйца прерывается уже на первомъ мѣсяцѣ беременности, большею же частью это случается позже. Это весьма наглядно представлено въ Kaltenbach'овскихъ схемахъ кровоточенія, образецъ которыхъ приведенъ на рис. 238. Ходъ кровоточеній, зачастую представляющійся въ началѣ неяснымъ, долженъ быть установленъ путемъ обстоятельнаго распроса, который особенно необходимъ въ тѣхъ случаяхъ, когда больная обратится къ врачебной помощи въ поздней стадіи болѣзни. Помимо этого главнаго пункта, діагнозъ трубной беременности основывается на тѣхъ явленіяхъ, какія могутъ быть подмѣчены въ различныхъ стадіяхъ послѣдней. Первая стадія, когда беременность продолжаетъ

развиваться, находясь въ первомъ или второмъ мѣсяцѣ своего развитія, — лишь очень рѣдко является предметомъ наблюденія для врача. Больныя въ этой стадіи обыкновенно не имѣютъ никакихъ побужденій искать врачебнаго совѣта. Но даже если врачу и придется изслѣдовать такую больную, онъ можетъ не прощупать мягкаго утолщенія трубы. Къ тому же матка при этомъ опредѣляется также размягченной и увеличенной соотвѣтственно 2-му или 3-му мѣсяцу беременности, такъ что ощупываніе не даетъ врачу никакихъ основаній заподозрить у больной вѣматочную прививку яйца.

Тѣмъ чаще требуется врачебная помощь и діагностическое искусство во второй стадіи, при лопаніи яйца, когда зачастую больной грозитъ очевидная опасность. Въ случаяхъ внезапнаго, сильнаго внутренняго кровотеченія, особенно при наружномъ разрывѣ плодoвмѣстилица (прежде — «разрывъ трубы»), выступаютъ крайне рѣзкіе симптомы, облегчающіе діагнозъ. Послѣ пропуска въ мѣсячныхъ, когда больная уже готова считать себя беременной, внезапно наступаютъ быстро прогрессирующіе припадки остраго малокровія, иногда сопровождаемые болями, иногда — нѣтъ, причѣмъ снаружи никакого кровотеченія не замѣчается. Животъ больной представляется напряженнымъ, въ полости его открывается присутствіе жидкости

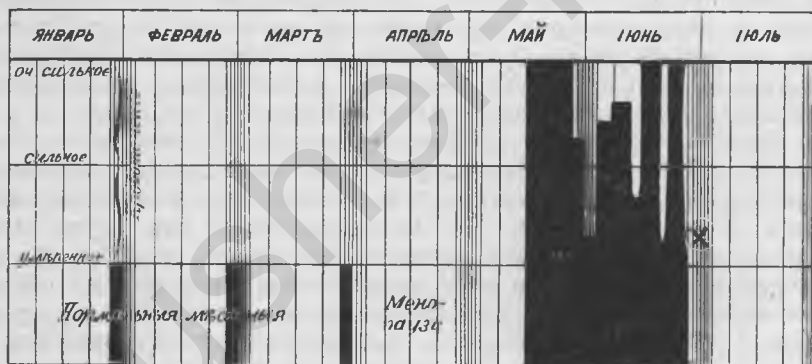


Рис. 238. Схема кровотока при трубной беременности, съ внутреннимъ разрывомъ плодoвмѣстилица съ образованиемъ гематоцеле; X — операция, выздоровленіе.

женщина, бывшая ранѣ совершенно здоровою, выглядит мертвенно-блѣдною, лишенною сознания, пульсъ у нея не прощупывается. Діагностика имѣетъ здѣсь предъ собою гораздо болѣе легкую задачу, нежели терапия. Иногда уже одного разказа родственниковъ больной бываетъ достаточно, чтобы врачъ понялъ, въ чемъ дѣло. И при внутреннемъ разрывѣ плодoвмѣстилица припадки могутъ выступать настолько рѣзко, что уже до изслѣдованія, одной общей картины бываетъ достаточно, чтобы угадать натуру болѣзни. Если, однако, заболѣваніе развивается медленнѣе, болѣе хронически, то для постановки діагноза слѣдуетъ прибѣгнуть къ изслѣдованію путемъ ощупыванія, которое даже неопытному даетъ весьма цѣнные результаты. Если яйцо остается въ трубѣ, въ видѣ гѣматомы или заноса, то скоро консистенція его становится настолько плотною,

что мы легко бываемъ въ состояніи прощупать подлѣ матки болѣе или менѣе подвижную опухоль, связанную съ маткой при помощи ножки. Для иллюстраціи я отсылаю читателя къ случаю, изображенному на рис. 235. Если же у больной образовалась haematocoele retrouterina, то изслѣдующій палецъ наталкивается въ заднемъ сводѣ на опухоль, которая уплощаетъ сводъ или даже выпячиваетъ его и сплюсчиваетъ влагалищную трубку. Консистенція опухоли, въ зависимости отъ времени образованія ея, представляется различною — отъ мягкой до плотноватой и плотной; въ отличіе отъ кистъ и міомъ, которыя могутъ быть смѣшаны съ этою опухолью, haematocoele не имѣетъ рѣзкихъ очертаній, выполняетъ всю заднюю половину таза и представляется совершенно неподвижною. Лишь очень старья, осумкованныя замочныя кровяныя опухоли представляются болѣе рѣзко контурированными и слегка подвижными. Portio vaginalis uteri въ этихъ случаяхъ бываетъ смѣщена впередъ и вверхъ, зачастую настолько приподнята надъ симфизомъ, что съ трудомъ удается достать ее. Тѣло матки лежитъ на передней стѣнкѣ опухоли, большею частію бываетъ смѣщено нѣсколько въ сторону.

Въ этихъ случаяхъ не всегда, но все же большею частію имѣетъ мѣсто явленіе, нерѣдко непосредственно наблюдаемое врачомъ, именно, отхожденіе изъ матки отпадающей оболочки. Отхожденіе это сопровождается сильнымъ кровотеченіемъ и схваткообразными болями. Если decidua отторгается in toto, то она выходитъ въ видѣ треугольнаго слѣпка съ полости матки, слѣпка, въ которомъ можно различить 3 отверстия. Микроскопическое изслѣдованіе отошедшей оболочки разрѣшаетъ всякія сомнѣнія.

Лихорадки въ описанныхъ случаяхъ обычно не бываетъ, чѣмъ они и отличаются отъ случаевъ тазовыхъ воспаленій; лишь когда излившаяся кровь разлагается, — что бываетъ, сравнительно рѣдко, <sup>10</sup> у больной повышается.

Какъ ни желательна бываетъ, въ цѣляхъ выбора правильной терапіи, отличить вторую стадію разрыва плодывмѣстителя, съ ея кровотечениями, нерѣдко тянущимися долгое время и повторяющимися не разъ, отъ третьей, когда яйцо является распавшимся или превратившимся въ заносъ, и когда опасность кровотечения является миновавшею, но на практикѣ это бываетъ невозможно. Бываютъ случаи, когда больная, перенесшая внутренній разрывъ плодывмѣстителя и, повидимому, пережившая уже тяжелую стадію болѣзни, вдругъ становится жертвою гораздо болѣе опаснаго наружнаго разрыва. Впрочемъ существуютъ признаки, по которымъ мы, — правда, лишь съ приближительною вѣрностью, — можемъ судить, вступила-ли болѣзнь въ фазисъ излеченія. Если со времени разрыва плодывмѣстителя прошло порядочно времени, причемъ новые приступы кровопливанія не повторялись, — если боли успокоились, кровотеченіе изъ половыхъ путей приняло характеръ коричнево-черноватаго выдѣленія, если, далѣе, кровяная опухоль сдѣлалась плотнѣе и меньше, то врачъ можетъ все съ большею и большею увѣренностью предполагать, что пациентка благополучно достигла 3-ей стадіи болѣзни.

Въ зависимости отъ стадіи, въ которой находится заболѣваніе, — стоятъ прогнозъ и терапія его.

Въ общемъ предсказаніе при всякой трубной беременности является серьезнымъ, — больная стоитъ одною ногою въ гробу, такъ какъ ей постоянно грозитъ опасность внутренняго кровотечения. Впрочемъ, хотя опасность возможна въ каждомъ случаѣ, фактически она наступаетъ далеко не такъ часто, какъ думали прежде. Статистика вѣматочной беременности показываетъ, что на 8—10 случаевъ т. наз. «трубнаго выкидыша» приходится лишь одинъ случай «разрыва трубы», по прежней терминологіи. Между тѣмъ случаи первой категоріи являются гораздо менѣе опасными для жизни, хотя и въ этихъ случаяхъ женщины становятся жертвою тяжелой, длительной болѣзни, самопроизвольное выздоровленіе отъ которой требуетъ недѣль и мѣсяцевъ.

Изъ моихъ 71 больной съ вѣматочною беременностью погибли 5, что даетъ смертность въ 7%.

Основы леченія вѣматочной беременности въ новѣйшее время приобретаютъ себѣ все болѣе и болѣе прочный фундаментъ, съ одной стороны, благодаря усовершенствованію нашихъ знаній относительно процессовъ, имѣющихъ мѣсто при трубномъ развитіи яйца и его умираніи, а съ другой — благодаря расширенію нашего клиническаго, особенно оперативнаго опыта.

Всего цѣлесообразнѣе будетъ и здѣсь различать 3 стадіи заболѣванія: фазисъ развитія яйца, періодъ умиранія его, т. е. стадію кровотеченій, и, наконецъ, фазисъ рассасыванія элементовъ яйца и кровяныхъ массъ.

Если мы имѣемъ дѣло съ развивающеюся вѣматочною беременностью, то, безъ сомнѣнія, оперативное леченіе этого опаснаго, неизлѣчимаго инымъ путемъ заболѣванія лучше всего въ состояніи спасти больную отъ его послѣдствій. Къ этому надо добавить, что, пока яйцо находится въ трубѣ, удаленіе плодовместилища является легкою операціей, опасность которой гораздо меньше, чѣмъ опасность, которой подвергается больная въ слѣдующихъ стадіяхъ болѣзни, а также при оперативномъ вмѣшательствѣ во время этихъ стадій. Если принять это въ расчетъ, то нельзя не пожалѣть, что больныя рѣдко обращаются къ врачу въ раннемъ фазисѣ трубной беременности. Отчего это зависитъ, — было уже сказано выше. Въ противоположность оперативному удаленію беременной трубы, многократно примѣнявшійся прежде способъ, состоящій въ умерщвленіи плода электричествомъ и впрыскиваніями морфія, — долженъ быть выброшенъ изъ практики. Примѣняя его, думали, что, съ умираніемъ плоднаго яйца, для матери прекращается опасность разрыва трубы; но мы знаемъ теперь, что съ умираніемъ яйца опасности для матери все не прекращаются, а, наоборотъ, только начинаются.

Во второй стадіи терапія зависитъ отъ тяжести припадковъ. Если послѣднія свидѣтельствуютъ о наружномъ разрывѣ плодместилища, разрывѣ трубы, то надо немедленно вскрыть брюшную полость и удалить лопнувшую трубу. При неслишкомъ запоздаломъ примѣненіи, операція эта спасаетъ жизнь больной и принадлежитъ къ числу благодарнѣйшихъ по своимъ результатамъ. Производить ее можно двумя путями: черезъ брюшныя стѣнки, *per laparotomiam*, или черезъ рукавъ, *per colpokoeliotomiam posteriorem aut anteriorem*. Въ отдѣльныхъ случаяхъ, — вроде изображеннаго на рис. 236,

— рукавный путь надежно ведетъ къ цѣли; однако для большинства случаевъ болѣе пригодною является лапаротомія, благодаря лучшей возможности при ней обозрѣть операционное поле.

Такъ какъ и при внутреннемъ разрывѣ плодовместилища иногда наступаютъ такія же бурныя явленія, то и при немъ иногда требуется столь же неотложно оперативное вмѣшательство. Въ такихъ случаяхъ всякая клиническая разница между наружнымъ и внутреннимъ разрывомъ исчезаетъ; между тѣмъ выборъ терапіи можетъ быть сдѣланъ лишь на основаніи симптомовъ, а не на основаніи анатомической разницы случаевъ, — тѣмъ болѣе, что разницу эту можно всегда лишь съ большею или меньшею вѣроятностью предположить, а не твердо установить. Впрочемъ опытъ показываетъ, что въ большинствѣ случаевъ внутренній разрывъ протекаетъ подъ видомъ трубнаго выкидыша, не даетъ бурныхъ припадковъ, не грозитъ опасностью жизни больной, а потому и не показываетъ немедленнаго оперативнаго вмѣшательства.

Оттого, по общему взгляду, здѣсь умѣстна выжидательная терапія, хотя больная, особенно въ первое время послѣ умиранія яйца, должна находиться подъ постояннымъ бдительнымъ контролемъ и въ постоянной готовности подвергнуться операціи, лишь только наступятъ угрожающіе припадки; мы знаемъ, что даже послѣ образованія заноса можетъ вторично наступить разрывъ трубы.

Если больная благополучно пережила вторую стадію вѣматочной беременности, то дальнѣйшее излеченіе ея можно предоставить природѣ, хотя надо имѣть въ виду, что излеченіе это, особенно у болѣе пожилыхъ женщинъ и при обширныхъ кровоизліяніяхъ, требуетъ продолжительнаго времени.

Въ настоящее время не подлежитъ сомнѣнію, что иногда при вѣматочной беременности безъ всякаго вмѣшательства можетъ наступить полное выздоровленіе, сопровождаемое возстановленіемъ всѣхъ нормальныхъ функций половой сферы: больная можетъ послѣ этого забеременѣть и правильно родить. Обстоятельство это слѣдуетъ имѣть въ виду при установкѣ показаній къ оперативному вмѣшательству, особенно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ больной не грозитъ непосредственной опасности. Въ подобныхъ случаяхъ установить правильную терапію очень не легко и, пожалуй, возможно только послѣ болѣе или менѣе продолжительнаго наблюденія за больной. Опытъ учитъ, что если бываютъ такіе случаи, гдѣ только на операционномъ столѣ открывается, что операціи можно было и избѣгать, то, съ другой стороны, очень часто приходится сожалѣть, что оперативное леченіе не было предпринято, или было предпринято слишкомъ поздно. Различить, съ какого рода случаевъ мы имѣемъ дѣло, — очень трудно. Во всякомъ разѣ совершенно отвергать оперативное вмѣшательство въ послѣдней стадіи вѣматочной беременности было бы неправильно. Много тутъ значатъ жизненные условія больной. У женщинъ, которыя вынуждены работою снискивать пропитаніе себѣ и своей семьѣ, слѣдуетъ прибѣгать къ операціи уже потому, что она значительно сокращаетъ время полнаго поправленія больныхъ. Кромѣ этихъ показаній субъективнаго характера со стороны больной и врача, при трубномъ абортѣ съ образованіемъ haematocoele слѣдуетъ прибѣгать къ операціи, 1. — если кровяная опухоль

настолько велика, что производит сильное давление на пузырь и gestum; 2, — если лихорадочное состояніе больной указывает на распаденіе кровяной опухоли; 3, — если наступают новыя кровоизліянія внутрь или наружу; 4, — если разсасываніе кровяныхъ массъ происходитъ слишкомъ медленно, болѣзнь остается in statu quo цѣлыя недѣли и мѣсяцы, время отъ времени сопровождаясь болевыми припадками; 5, — если, по какимъ-либо соображеніямъ вышшняго характера, больная не можетъ выжидать самопроизвольнаго излеченія.

Хотя перечисленные правила и не могутъ претендовать на абсолютное значеніе и со временемъ могутъ подвергаться измѣненіямъ, все же въ отдѣльныхъ случаяхъ ими можно руководиться въ установкѣ показаній къ оперативному вмѣшательству.

Подъ выжидательной терапіей мы понимаемъ леченіе, состоящее изъ такихъ мѣропріятій, при которыхъ мы устраняемъ отъ больной вышнія вредныя вліянія и предоставляемъ процессъ выздоровленія силамъ природы. Ясно, что больная послѣ опаснаго періода отслойки яйца и кровотеченія должна долгое время оставаться въ постели, избѣгая всякой вышней травмы, всякаго болѣе значительнаго усилія, связаннаго съ повышеніемъ кровяного давленія, ибо эти моменты могутъ повести къ новымъ кровоизліяніямъ. Въ первое время на животъ больной кладется пузырь со льдомъ, потомъ согрѣвающая компрессъ. Въ дальнѣйшемъ можно примѣнять, для ускоренія разсасыванія кровяныхъ массъ, тепло въ видѣ термофоровъ, теплыхъ сидячихъ ваннъ и мѣстныхъ сухихъ ваннъ. Разсасывающее, а равно и болеутоляющее вліяніе имѣютъ также смазыванія іодомъ и рукавные тампоны съ ихтиолъ-глицериномъ. Отъ примѣненія такихъ способовъ леченія, какъ массажъ, выскабливаніе матки съ цѣлю остановки кровотеченія изъ матки, внутриматочныя впрыскиванія съ тою же цѣлю и т. п., — мы, напротивъ, должны настоятельно предостеречь. Вообще противъ маточныхъ кровотеченій при выматочной беременности лучше не принимать никакихъ мѣръ, даже не назначать внутреннихъ средствъ вроде спорыньи, эрготина, hydrastis, такъ какъ эти средства могутъ вызвать сокращеніе трубной стѣнки съ послѣдующимъ возобновленіемъ внутренняго кровотеченія. При разбираемомъ заболѣваніи надо или радикально оперировать, или возможно меньше вмѣшиваться. Съ этой точки зрѣнія и простое вскрытіе неразложившихся заматочныхъ кровяныхъ опухолей со стороны рукава нельзя считать вполне безопаснымъ. Напротивъ, если кровяная опухоль гнилостно разложилась, то ее лучше всего вскрыть со стороны задняго свода, опоронить и дренировать.

## II. Новообразованія трубъ.

Настоящія новообразованія трубъ, по сравненію съ воспалительными опухолями ихъ и тѣми опуханіями, которыя развиваются на почвѣ трубной беременности, очень рѣдки и потому имѣютъ лишь второстепенное практическое значеніе.

Возможность развитія здѣсь слизистыхъ полиповъ или папилломъ недостаточно установлена, ибо и въ воспаленныхъ трубахъ встрѣчаются подобныя же измѣненія.

Саркома трубъ извѣстна по 6 случаямъ, причѣмъ 5 разъ она исходила изъ слизистой оболочки и только 1 изъ стѣнки трубъ. Труба при этомъ является колбасовидно-увеличенною и выполненною мягкими, мозговидными массаами. Подъ микроскопомъ саркомы трубъ не отличаются отъ таковыхъ же опухолей другихъ органовъ, распадаясь на формы круглоклѣтчатковую и веретенообразноклѣтчатковую.

Оспаривавшаяся прежде возможность первичныхъ карциномъ въ трубахъ теперь доказана съ несомѣнностью, но, по Sänger'y, здѣсь встрѣчаются карциномы лишь сосочковыя. Вторичныя карци-



Рис. 239. Ракъ трубы. Около бахромчатого конца кистовидно перерожденный яичникъ. Экстирпация, выздоровленіе.

номы трубъ попадаютъ при ракахъ, какъ матки, такъ и яичниковъ. Подобно тому, какъ при саркомѣ, и при карциномѣ труба превращается въ подвижную, продолговатую, цилиндрическую опухоль, причѣмъ просвѣтъ ея является выполненнымъ раковыми разрощеніями. Въ одномъ случаѣ трубнаго рака я наблюдалъ, въ качествѣ особенно выдававшагося симптома, типическій *hydrops tubae profluens*. Про-

гнозь трубныхъ раковъ при ранней операци благопріятенъ, по S ä n - g e r ' y . Но и здѣсь наблюдались возвраты и заносы.

Настоящія міомы и фибромы трубъ очень рѣдки. Въ немногихъ извѣстныхъ случаяхъ дѣло шло объ опухоляхъ отъ волошскаго до грецкаго орѣха величиною. F e h l i n g оперировалъ одну больную съ большой трубной фибромой, подвергшейся гнилоственному распаденію внутри.

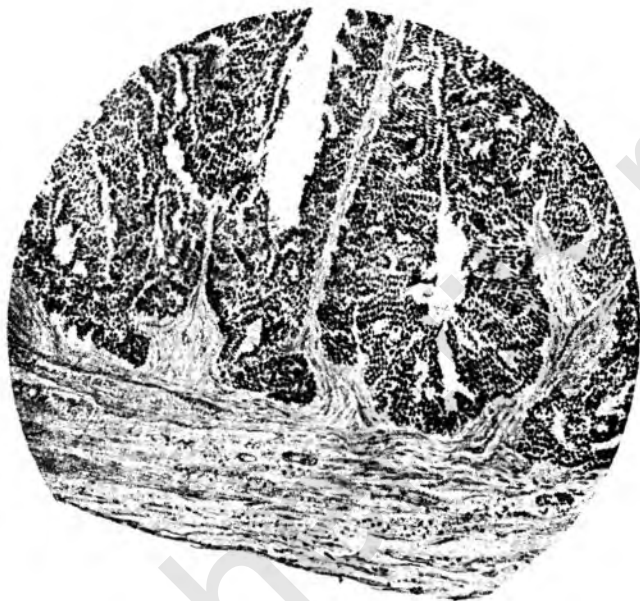


Рис. 240 Ракъ трубы.

Аденомы и кистаденомы трубъ описалъ Recklinghausen, видящій въ нихъ, какъ и въ таковыхъ же образованияхъ матки, органоидныя опухоли, происходящія изъ Wolffовыхъ тѣлъ.

Своеобразный случай кистозной фибромиксомы трубныхъ бахромокъ наблюдалъ S ä n g e r . Опухоль имѣла значительную величину и состояла изъ массы висѣвшихъ на бахромкахъ миксоматозныхъ образований, частью кистовидныхъ, частью плотныхъ.

Изъ трубныхъ кистъ наиболее извѣстны Morgagni'евы гидатиды, въ сосѣдствѣ которыхъ иногда появляется еще много подобныхъ же, но мелкихъ кистъ. Патологическаго значенія онѣ не имѣютъ.



## Глава XVII.

Болезни яичниковъ: пороки развитія, аномаліи положенія, циркуляторныя разстройства, неправильности питанія, воспаленія.

Bernhard'a Krönig'a.

### I. Пороки развитія яичниковъ.

Полное отсутствіе обоихъ яичниковъ большею частью имѣтъ своимъ послѣдствіемъ отсутствіе или недостаточное развитіе и остальныхъ отдѣловъ полового аппарата женщины; если же отсутствуетъ одинъ яичникъ, то обыкновенно соотвѣтствующій рогъ матки оказывается рудиментарно развитымъ. Недостатокъ яичниковъ при наличности хорошо развитой матки и наружныхъ половых частей представляетъ настолько рѣдкое явленіе, что указанная наличность даетъ намъ право клинически исключить отсутствіе яичниковъ. Напротивъ, эта послѣдняя аномалія нисколько не исключаетъ рѣзкаго развитія вторичныхъ половых признаковъ, каковы: развитіе груди, ростъ волосъ подъ мышками и на лобкѣ, образованіе характернаго женскаго таза и значительно выступающія бедра, хотя зачастую при отсутствіи яичниковъ наблюдается и рѣзко выраженный мужской habitus.

Субъективныхъ разстройствъ при отсутствіи яичниковъ можетъ совершенно не быть, и это тѣмъ замѣчательнѣе, что искусственное удаленіе яичниковъ у взрослыхъ женщинъ ведетъ обыкновенно къ весьма тяжелымъ общимъ трофическимъ и нервнымъ разстройствамъ. О недостаточномъ развитіи половых частей зачастую впервые догадываются лишь благодаря тому, что женщина вступаетъ въ возрастъ полового созрѣванія, а между тѣмъ мѣсячныхъ у ней не появляется.

Весьма естественно, что полному отсутствію яичниковъ нельзя помочь никакими терапевтическими мѣрами, ибо пересадка здоровыхъ яичниковъ отъ другихъ субъектовъ, по имѣющимся до сихъ поръ даннымъ, не даетъ никакой надежды на удачу. Да и при удачѣ этой операціи, послѣдняя принесла-бы мало пользы, такъ какъ, съ одной стороны, климактерическія разстройства, наблюдающіяся у взрослыхъ женщинъ послѣ оперативнаго удаленія яичниковъ, — въ случаяхъ врожденнаго дефекта послѣднихъ отсутствуютъ, а съ другой — matka при этой аномаліи бываетъ обыкновенно развита настолько слабо, что все равно она неспособна ни къ менструаціи, ни къ зачатію.

Недостаточное развитіе обоихъ яичниковъ нерѣдко наблюдается при конституціональныхъ заболѣваніяхъ, напр., при хлорозѣ, патологическомъ ожирѣніи и т. п. И въ этихъ случаяхъ менструація, благодаря недостаточной функции недоразвитыхъ яичниковъ, можетъ годами отсутствовать у женщинъ, достигшихъ возраста половой зрѣлости; но прогностика аменореи здѣсь является болѣе благоприятною, соотвѣтственно излечимости упомянутыхъ основныхъ страданій. Съ исчезновеніемъ анеміи или хлороза, до сихъ поръ недостаточно развитые яичники начинаютъ прогрессировать въ своемъ ростѣ.

Отъ упомянутыхъ пороковъ развитія слѣдуетъ клинически и анатомически отдѣлять преждевременную атрофію яичниковъ. Эти органы уже относительно рано развиваютъ свою физиологическую дѣятельность въ формѣ овуляціи; рука объ руку съ прекращеніемъ этой дѣятельности, — каковое прекращеніе у нѣмецкой<sup>1)</sup> женщины наступаетъ въ возрастѣ отъ 45 до 50 лѣтъ — развивается атрофія яичниковой паренхимы, фолликулы все болѣе и болѣе исче-

1) А также и у русской. В. Г.

зають, и яичникъ уменьшается на треть своего первоначального объема, при явленіяхъ рубцового стягиванія. При патологическихъ условіяхъ описанная атрофія яичниковъ, служащая для насъ признакомъ наступающаго климактерія, можетъ наступать и раньше указанного срока. Такъ, у женщинъ сильно кахектическихъ, страдающихъ бугорчаткой и ожирѣлыхъ отчетливое уменьшеніе объема яичниковъ нерѣдко наступать уже въ срединѣ возраста половой зрѣлости, — между 35-мъ и 40-мъ годами. Особенно извѣстна лактаціонная атрофія яичниковъ, наступающая у женщинъ послѣ слишкомъ продолжительнаго кормленія грудью. Послѣдствіемъ ея является или полное прекращеніе менструаціи, или уменьшеніе послѣдней съ удлинненіемъ паузъ между менструальными періодами. При этомъ матка, питаніе и отправленія которой въ значительной степени зависятъ отъ строенія яичниковъ, быстро подвергается вторичной атрофіи, благодаря которой прогностика относительно возстановленія нормальныхъ половыхъ функцій становится абсолютно неблагоприятною. Наконецъ, атрофія яичниковъ можетъ наступать, благодаря давленію со стороны близъ-лежащихъ опухолей. Такъ, напр., ущемившаяся въ маломъ тазу міома можетъ настолько придавить яичникъ къ тазовой стѣнкѣ, что яичниковая ткань атрофируется отъ давленія. Подобные случаи, впрочемъ, бывають весьма рѣдко, такъ какъ яичникъ, въ силу своей подвижности, легко можетъ избѣгать сдавленія.

Въ противоположность атрофіямъ, гипертрофіи яичниковъ представляютъ явленіе крайне рѣдкое, если, конечно, мы не будемъ относить сюда воспалительныхъ увеличеній яичниковъ, а также увеличеній, зависящихъ отъ развитія въ яичникахъ кистъ. Подобныя гипертрофіи, при нормальномъ строеніи яичниковъ, наблюдаются у нѣкоторыхъ зрѣлыхъ въ половомъ отношеніи женщинъ, причемъ, впрочемъ, увеличеніе яичниковъ рѣдко бываетъ значительно.

## II. Аномаліи положенія яичниковъ.

Аномаліи положенія яичниковъ могутъ возникнуть благодаря растяженію ихъ связокъ, далѣе — благодаря смѣщеніямъ тѣхъ органовъ, съ которыми яичникъ связанъ болѣе или менѣе интимно, напр., матки или трубъ, наконецъ — благодаря неправильностямъ развитія; такъ, напр., при ложномъ гермафродитизмѣ яичники нерѣдко оказываются смѣщенными въ мѣшки паховыхъ грыжъ.

Въ большинствѣ случаевъ смѣщенія яичниковъ не вызываютъ никакихъ припадковъ. Если, напр., матка сильно увеличена, благодаря міомѣ, то, какъ и при беременности, яичники оказываются смѣщенными изъ малаго таза кверху; однако при этомъ, какъ и при беременности, смѣщеніе яичниковъ является лишеннымъ какого-либо клиническаго значенія. При ослабленіи связочнаго аппарата яичника, послѣдній опускается книзу въ Douglas'овъ карманъ, но и здѣсь смѣщеніе яичника приобретаетъ клиническое значеніе лишь въ исключительныхъ случаяхъ, — именно, если дно Douglas'ова кармана лежитъ настолько низко, что смѣщенный сюда яичникъ подвергается механическому инсульту при половомъ сношеніи. Особенно сильныя боли наступаютъ при этомъ въ случаяхъ, гдѣ яичникъ, кромѣ того, фиксированъ въ днѣ задняго Douglas'ова кармана; тогда онъ не можетъ ускользнуть отъ инсульта, а это ведетъ зачастую къ невыносимымъ болямъ *sub coitu*<sup>1)</sup>.

Соотвѣтственно ничтожному клиническому значенію, смѣщеніе яичниковъ въ большинствѣ случаевъ не требуетъ никакого терапевтическаго вмѣшательства; лишь при боляхъ *sub coitu* и при фик-

1) А также при дефекаціи. В. Г.

сацин яичника въ глубокихъ отдѣлахъ задняго Douglas'ова кармана слѣдуетъ прибѣгнуть къ операци, отдѣлить срощенія и фиксировать освобожденный яичникъ въ болѣе высокихъ отдѣлахъ таза. Лучше всего это сдѣлать, переведя матку, которая въ подобныхъ случаяхъ бываетъ ретрофлектирована, въ положеніе антеверзій и, въ случаѣ нужды, укоротивъ *lig. ovarii proprium*.

Грыжевыя смѣщенія яичниковъ имѣютъ то клиническое значеніе, что иногда они ведутъ къ преждевременной атрофіи яичниковъ, иногда же — къ сильнымъ болямъ въ паховомъ каналѣ во время менструаціи, каковыя боли зависятъ отъ менструальнаго набуханія яичниковъ. Значительныя разстройства этого рода наблюдаются, впрочемъ, очень рѣдко, такъ какъ при яичниковыхъ грыжахъ яичники бывають обычно недоразвиты и лишены способности набухать при менструаціи.

Діагнозъ смѣщенія яичника въ задній Douglas'овъ карманъ безъ труда ставится на основаніи данныхъ ощупыванія. Труднѣе распознать грыжевое смѣщеніе яичника, такъ какъ находящійся въ грыжевомъ мѣстѣ яичникъ при ощупываніи не представляетъ никакихъ характерныхъ особенностей, и его легко смѣшать съ утолщеніями круглой связки и частями сальника. Если, впрочемъ, у больной опредѣляются какіе-либо другіе пороки развитія половой сферы, и въ паховой области прощупывается тѣло, похожее на яичникъ, то прежде всего слѣдуетъ подумать объ яичниковой грыжѣ.

### III. Воспаленіе яичниковъ.

Говоря о воспаленіи яичниковъ, мы должны различать острую и хроническую его форму. Подъ острымъ оофоритомъ разумѣется набуханіе яичника, связанное съ болѣе или менѣе рѣзкой инфильтраціей лейкоцитами, доходящей до образованія болѣе или менѣе объемистыхъ абсцессовъ. Эти форма воспаленія почти постоянно имѣетъ своимъ послѣдствіемъ въ различной степени выраженное распаденіе паренхиматозныхъ составныхъ частей яичника, именно, фолликуловъ. Кроме того, какъ и при острыхъ воспаленіяхъ другихъ органовъ, мы встрѣчаемъ здѣсь сильную гиперэмію и серьезное пропитываніе всѣхъ яичниковыхъ тканей. Обычно всякое острое воспаленіе яичника бываетъ соединено съ воспаленіемъ поверхности этого органа и пограничныхъ частей брюшины, оофоритъ всегда комбинируется съ періоофоритомъ.

Этіологически острый оофоритъ почти во всѣхъ случаяхъ бываетъ бактеріальнаго происхожденія, возникая на почвѣ инфекціи гонококками, бугорчатыми палочками, септическими и гнилостными бактеріями. Гораздо рѣже острый оофоритъ бываетъ обязанъ своимъ происхожденіемъ чистой интоксикаціи; такъ, напр., при отравленіяхъ фосфоромъ описаны совершенно такія же воспалительныя измѣненія яичниковъ, какъ и при бактеріальномъ оофоритѣ.

Наиболѣе частымъ изъ острыхъ воспаленій яичника является гонорройное. Хотя гонококкъ Neisser'a и является главнымъ обитателемъ слизистыхъ оболочекъ, однако, изслѣдованія Wertheim'a и Menge показали, что онъ можетъ также

распространяться по кровеноснымъ и лимфатическимъ путямъ и такимъ образомъ вѣдраться въ соединительнотканную строму органовъ. При острой гонорреѣ матки у женщины гонококки могутъ, черезъ трубы, проникнуть въ только что лопнувшій Graafовъ фолликулъ и вызвать здѣсь изолированное гонорройное воспаленіе, съ образованіемъ абсцесса (абсцесса желтаго тѣла). Далѣе, микробы эти могутъ попасть въ яичниковую ткань изъ матки или трубы черезъ посредство лимфатическихъ путей, причемъ возникаетъ болѣе разлитое воспаленіе яичника. Наконецъ, гонококки, попавъ изъ трубы въ брюшину, могутъ сначала вызвать періоофоритъ, а затѣмъ уже могутъ проникнуть въ яичниковую паренхиму.

Соотвѣтственно этому мы встрѣчаемъ гонорройный оофоритъ обыкновенно вмѣстѣ съ болѣе или менѣе значительными измѣненіями трубъ, матки и тазовой брюшины. Трубы и яичники бывають включены въ сплошныя брюшинныя отложения и соединены въ настолько плотныя конволюты, что даже на анатомическомъ препаратѣ нелегко бываетъ отдѣлить другъ отъ друга оба органа. Такъ какъ трипперное воспаленіе яичниковъ почти всегда бываетъ сочетано съ аналогичнымъ же воспаленіемъ матки и трубъ, то мы, клиницисты, едва-ли имѣемъ возможность когда-либо наблюдать изолированные симптомы гонорройнаго оофорита; послѣдніе бывають замаскированы одновременными припадками гонорройнаго сальпингита, перисальпингита и шіосальпинкса. Поэтому относительно симптоматологіи гонорройнаго оофорита мы можемъ сослаться на то, что выше было сказано относительно гонорройнаго воспаления маточныхъ придатковъ вообще.

Гораздо рѣже гонорройнаго оофорита встрѣчается острый бугорчатый оофоритъ. Съ одной стороны, и вообще-то женскія половыя части гораздо рѣже инфицируются туберкулезомъ, чѣмъ гонорреей, а съ другой — при туберкулезномъ зараженіи ихъ яичникъ не представляетъ, повидимому, благоприятныхъ условий для воспріятія бугорчататаго яда, ибо даже тамъ, гдѣ бугорчатое зараженіе этого органа является анатомически доказаннымъ, — дѣло относительно рѣдко доходить до значительныхъ измѣненій въ его тканяхъ. Между тѣмъ какъ при бугорчатомъ сальпингитѣ мы зачастую наблюдаемъ въ трубахъ значительныя скопленія гноя и глубокая измѣненія трубныхъ стѣнокъ, отчасти творожистой натуры, при туберкулезѣ яичника мы, правда, находимъ этотъ органъ окутаннымъ прочными брюшинными срощеніями, но лишь рѣдко встрѣчаемъ въ немъ болѣе объемистыя творожистыя абсцессы. Относительно симптоматологіи бугорчататаго оофорита, какъ и относительно гонорройнаго воспаления яичниковъ, мы можемъ сослаться на клиническую картину туберкулеза придатковъ матки вообще.

Септической и гнилостной оофориты бывають въ большинствѣ случаевъ частичными проявленіями родильной горячки, гораздо рѣже — послѣдствіями остраго аппендицита, вторично поразившаго яичники. При вуэрперальной инфекции одновременно наблюдающееся заболѣваніе другихъ отдѣловъ полового прибора, — матки, параметріевъ и тазовой брюшины, — настолько вступаетъ на передній планъ, что лишь рѣдко удается распознать изолированный острый септический оофоритъ (яичниковый абсцессъ). Такъ какъ, далѣе, переходъ вуэрперально-септического процесса на яичники предполагаетъ обычно широкое распространеніе этого процесса изъ его первичнаго гнѣзда, матки, и такъ какъ больная, благодаря этому, имѣетъ много шансовъ погибнуть отъ общей септицеміи, то отсюда клиническій интересъ къ изолированному септическому оофориту является соотвѣтственно пониженнымъ. Впрочемъ и при широкомъ распространеніи вуэрперальной инфекции въ исрвичномъ очагѣ послѣдней можетъ наступить излеченіе, и тогда обособленный яичниковый абсцессъ можетъ спустя мѣсяцы, даже годы послѣ родовъ оставаться единственнымъ фокусомъ, гдѣ локализовалась инфекция.

Особенно упорными являються вторичные яичниковыя нарывы послѣ первич-

наго аппендицита. Самъ аппендицитъ можетъ давно пройти, излечивается самопроизвольно или благодаря вскрытію въ рукавъ или кишку и вторичный гнойникъ въ заднемъ Douglas'овомъ карманѣ, а вторичный нарывъ въ яичникѣ можетъ еще мѣсяцами поддерживать гектическую лихорадку. Яичникъ, повидимому, является особенно благоприятнымъ мѣстомъ для длительного пребыванія септическихъ бактерий.

Въ противоположность перечисленнымъ сейчасъ видамъ инфекции, всѣ другіе инфекціонные зародыши, которые случайно были наблюдаемы при остромъ оофоритѣ, напр., зародыши лучистаго грибка, пневмококки, бактерии тифа, играютъ въ этиологіи этой болѣзни настолько маловажную роль, что, какъ клиницистъ, я не буду останавливаться на нихъ.

Леченіе остраго бактеріальнаго оофорита должно соответствовать этиологіи заболѣванія и въ большинствѣ случаевъ совпадаетъ съ леченіемъ одновременнаго заболѣванія другихъ отдѣловъ полового аппарата. Если имѣется на лицо острый гонорройный оофоритъ, то, какъ и вообще при острыхъ гонорройныхъ заболѣваніяхъ маточныхъ придатковъ, терапія должна быть выжидательною — противовоспалительною или рассасывающею; если больная страдаетъ бугорчатымъ оофоритомъ, — леченіе должно быть проводимо по общимъ правиламъ терапіи бугорчатаго сальпингита и эндометрита, которые обычно сопутствуютъ оофориту; равнымъ образомъ и при септическомъ и гнилостномъ оофоритѣ, если послѣдній представляетъ частичное проявленіе родильной горячки, — леченіе должно совершаться по принципамъ терапіи общей септицеміи. О специальномъ леченіи яичниковыхъ нарывовъ можетъ возникать вопросъ лишь тогда, когда всѣ остальные инфекціонные фокусы уже залечены. Въ подобныхъ случаяхъ при наличности острыхъ припадковъ показуется вскрытіе абсцесса со стороны рукава, — если только топическія отношенія благоприятствуютъ такому вмѣшательству; если же этого нѣтъ, то абсцессъ слѣдуетъ возможно дольше лечить выжидательно, прибѣгая къ удаленію нагноившагося яичника со стороны брюшной полости лишь тогда, когда долго длящаяся гектическая лихорадка ведетъ къ быстрому ухудшенію общаго состоянія больной.

Хроническій оофоритъ. Насколько безспорною является какъ клиническая, такъ и патолого-анатомическая картина остраго бактеріальнаго воспаления яичниковъ, настолько же трудно установить картину т. наз. хроническаго оофорита — прежде всего уже потому, что относительно этой болѣзни не существуетъ твердо установленныхъ патолого-анатомическихъ взглядовъ. Если мы подъ хроническимъ оофоритомъ будемъ разумѣть лишь то состояніе яичника, которое является послѣдствіемъ остраго бактеріальнаго воспаления, то отношенія окажутся очень просты; но подъ хроническимъ оофоритомъ разумѣютъ также заболѣваніе, которое съ самаго начала представляетъ собою хронически протекающій процессъ, ведущій къ гипертрофіи и гиперплазіи какъ паренхимы, такъ и стромы яичника. Насчетъ такого хроническаго воспаления относятъ обычно то состояніе, которое мы нерѣдко наблюдаемъ въ яичникахъ, и при которомъ корковый слой послѣднихъ оказывается пронизаннымъ большимъ или меньшимъ количествомъ кистъ, обычно отъ горошины до вишни величиною. Количество этихъ кистъ бываетъ иногда настолько значительно, что весь процессъ характеризуется названіемъ «мел-

кистозидное перерожденіе яичниковъ». Внутрикисты бываютъ высланы однимъ слоемъ эпителия или бываютъ снабжены такою эпителиальною выстилкою, какую мы встрѣчаемъ въ Graaf-овыхъ фолликулахъ; лишь яйца въ полости кистъ обычно отсутствуютъ. Что описанный процессъ развивается на почвѣ хроническаго воспаления, — въ пользу этого, по мнѣнію нѣкоторыхъ изслѣдователей, говоритъ особенно то обстоятельство, что въ мелкокистозидно-перерожденныхъ яичникахъ обыкновенно можно бываетъ констатировать гиалиновое перерожденіе сосудовъ, особенно сосудовъ hilus'a — явленіе, обычно наблюдаемое при хроническихъ воспаленияхъ другихъ органовъ. За то отсутствіе столь характерной для воспаления мелкоклеточковой инфильтраціи говоритъ противъ воспалительнаго происхожденія мелкокистозидной дегенерациі яичниковъ. Въ новѣйшее время возрѣнія на эту дегенерацию, какъ на результатъ хроническаго воспаления, особенно пошатнулись, благодаря изслѣдованіямъ Aschoffa: послѣдній показалъ, что измѣненія въ яичниковыхъ сосудахъ, прежде считавшіяся характерными для воспаления, на самомъ дѣлѣ встрѣчаются и при физиологическихъ условіяхъ, въ совершенно нормальныхъ яичникахъ женщинъ, которыя многократно менструировали. Равнымъ образомъ и т. наз. мелкокистозидное перерожденіе яичниковъ для объясненія своего происхожденія отнюдь не нуждается непременно въ хроническомъ воспаленіи, — кистозидныя образования могутъ возникать изъ эпителиальныхъ трубокъ, еще во время эмбриональной жизни появившихъ въ яичники (объ этихъ трубкахъ мы еще будемъ говорить ниже, объясняя возникновеніе простыхъ серозныхъ кистомъ). За воспалительную натуру ихъ говоритъ лишь одно обстоятельство, — что въ яичникахъ, несомненно перенесшихъ острый бактеріальный воспалительный процессъ и окутанныхъ брюшинными перепонками, иногда наблюдаются подобныя же кисты. Однако здѣсь есть и разница, а именно, въ этихъ случаяхъ наблюдается обыкновенно лишь небольшое число фолликуловъ, не лопнувшихъ, благодаря отложенію на поверхности яичника воспалительныхъ перепонокъ, и расширенныхъ, благодаря скопленію въ нихъ жидкаго содержимаго. Далѣе, при мелкокистозидномъ перерожденіи яичниковъ въ собственномъ смыслѣ слипчивое воспаленіе брюшины большею частью отсутствуетъ.

Рѣшеніе упомянутаго выше вопроса, т. е. вопроса о томъ, являетсяли т. наз. мелкокистозидное перерожденіе яичниковъ результатомъ воспаления, имѣетъ огромное значеніе для клиницистовъ. Если мы станемъ разсматривать развитіе въ яичникѣ многочисленныхъ мелкихъ полостей, какъ результатъ воспаления, то должны будемъ наблюдать иногда при такомъ измѣненіи яичниковъ симптомы, напр., боли и чувство тяжести въ нижней части живота, маточныя кровотеченія и т. п., отнестя насчетъ воспалительнаго процесса. Если же мы остановимся на томъ предположеніи, что при мелкокистозидномъ перерожденіи яичниковъ дѣло идетъ лишь о мѣшечатомъ расширеніи заложенныхъ въ яичникахъ эпителиальныхъ трубокъ, то намъ придется съ большею осторожностью рѣшать вопросъ о связи между перечисленными симптомами и анатомическимъ состояніемъ яичниковъ. Эта осторожность тѣмъ необходимѣе, что, съ одной стороны, зачастую мелкокистозидное перерожденіе яичниковъ, не сопровож-

дается никакими припадками, съ другой, — тѣ симптомы, которые въ прежнее время считались зависящими отъ названнаго измѣненія, перѣдко наблюдаются у нервныхъ женщинъ съ совершенно здоровыми яичниками.

Изъ сказаннаго понятна та глубокая рознь, какая существуетъ во взглядахъ современныхъ гинекологовъ на этиологию, симптоматику и лечение т. наз. хроническаго оофорита. Между тѣмъ какъ одни видятъ причину послѣдняго въ длительномъ раздраженіи половой сферы, напр. въ неумѣренныхъ половыхъ сношеніяхъ, ненормальномъ удовлетвореніи полового чувства, онанизмѣ, мѣрахъ противъ зачатія, нарушеніи гигиеническихъ правилъ во время мѣсячныхъ, — другіе совершенно отрицаютъ роль раздраженія въ возникновеніи данной аномаліи. Я лично раздѣляю взгляды гинекологовъ второй категоріи и думаю, что перечисленные выше вредные моменты не въ состояніи вызвать мелкокистовиднаго перерожденія яичниковъ. Я склоненъ даже думать, что перерожденіе это совершенно лишено какого-либо клиническаго значенія. Во всякомъ случаѣ слѣдуетъ очень осторожно относиться къ заявленіямъ тѣхъ авторовъ, которые, видя въ мелкокистовидномъ перероженіи яичниковъ результатъ воспаления, считаютъ это состояніе за упорную болѣзнь, могущую, благодаря вызываемымъ ею разнообразнымъ припадкамъ, совершенно расстроить первую систему больныхъ. Клиницисты сдѣлаютъ, напротивъ, лучше, если возможно рѣже будетъ ставить діагнозъ хроническаго оофорита — исключая тѣ случаи, гдѣ можно доказать предшествовавшій острый бактеріальный оофоритъ, остатками котораго обычно являются сращения яичниковъ съ маткою и трубами. Простая болѣзненность въ яичниковой области, будетъ-ли она ощущаться самопроизвольно, или при давленіи, не должна еще давать намъ права ставить діагнозъ хроническаго оофорита, — тѣмъ болѣе, что у невропатическихъ особъ эта болѣзненность весьма часто наблюдается въ качествѣ чисто-нервнаго припадка. Подмѣченный впервые Charcot и описанный имъ подъ названіемъ «оваріи», симптомъ этотъ не имѣетъ ничего общаго съ воспаленіемъ яичниковъ.

Соотвѣтственно этому слѣдуетъ быть очень осторожнымъ и съ мѣстнымъ леченіемъ т. наз. хроническаго оофорита. Ни въ одной области медицины въ прежнее время, да еще и теперь, не грѣшили такъ, какъ въ этой. Если яичники представляются болѣзненными, — для многихъ этого достаточно, чтобы поставить діагнозъ хроническаго оофорита. Такія женщины годами безъ всякаго успѣха лечатся тампонами, грязевыми ваннами и пр., причемъ лечашіе ихъ врачи совершенно упускаютъ изъ виду, что имѣютъ дѣло лишь съ однимъ изъ проявленій общаго заболѣванія, истеріи и нейрастеніи. Безсчетное число разъ, далѣе, мелкокистовидно перерожденные яичники экстирпировались — въ томъ предположеніи, что они являются исходными пунктами мѣстныхъ и общихъ нервныхъ расстройствъ. Благодареніе Богу, что такое леченіе, являющееся темнымъ пятномъ въ гинекологіи, теперь отжило свое время. Но даже и не столь

энергичныя оперативныя мѣропріятія по отношенію къ мелкокистовидно перерожденнымъ яичникамъ, напр., проколы кисть или игнипунктура, — должны быть разсматриваемы, какъ устарѣлыя, отжившія свой вѣкъ. Лечебными мѣрами на разбираемый процессъ нельзя воздѣйствовать, въ частности же оперативныя мѣры являются здѣсь безусловно противопоказанными.

акusher-lib.ru



## Глава XVIII.

### Новообразование яичниковъ.

Bernhard'a Krönig'a.

#### I. Патологическая анатомія.

Никакой другой органъ въ человѣческомъ тѣлѣ не предрасположенъ такъ къ образованію опухолей, особенно кистовидныхъ, какъ яичникъ. Причина этого отчасти кроется въ томъ, что уже при физиологическихъ условіяхъ яичникъ періодически то набухаетъ, то уменьшается въ объемѣ, и что уже нормально въ яичникѣ образуются маленькія кисты въ формѣ Гаафовыхъ пузырьковъ. Небольшого патологическаго усиленія секретіи или обусловленнаго какой-либо внѣшней причиной препятствія для лопанія Гаафова пузырька — достаточно, чтобы повести къ возникновенію кисты. При этомъ секреторная дѣятельность клѣтокъ въ дальнѣйшемъ можетъ неизмѣримо возрасти благодаря тому, что отдѣляющія клѣтки одновременно размножаются и образуютъ какъ-бы ростки, изъ которыхъ могутъ развиваться все новыя и новыя кисты.

Яичниковыя опухоли можно раздѣлить на двѣ большихъ группы: на опухоли непролиферирующія и опухоли пролиферирующія.

#### 1. Непролиферирующія опухоли яичниковъ.

Къ этой категоріи мы причисляемъ: а) фолликулярныя кисты, т. е. кисты, происходящія изъ Гаафовыхъ пузырьковъ, и б) кисты желтыхъ тѣлъ.

Гаафовъ пузырекъ, выстланный внутри простымъ слоемъ эпителия, можетъ значительно увеличиться въ своемъ объемѣ, если какая-либо причина помѣшаетъ ему своевременно лопнуть. Увеличеніе это происходитъ насчетъ накопленія въ полости пузырька серозной жидкости. Такія фолликулярныя кисты могутъ достигать объема куриного яйца, мужского кулака, а по нѣкоторымъ авторамъ — даже объема дѣтской головки. Если въ яичникѣ подвергнется кистовидному перерожденію значительное число Гаафовыхъ пузырьковъ, то яичникъ можетъ весь оказаться пронизаннымъ кистами, между тѣмъ какъ собственная ткань его подъ вліяніемъ сдавливанія болѣе или менѣе атрофируется. Внутри фолликулярныя кисты бываютъ или выстланы фолликулярнымъ эпителиемъ, или лишены по-

слѣдняго, благодаря давленію со стороны наполняющей кисту жидкости. Такъ какъ болѣе развитыя кисты яичника утрачиваютъ признаки своего фолликулярнаго происхожденія<sup>1)</sup>, то понятно, что въ отдѣльныхъ случаяхъ бываетъ трудно рѣшить, представляетъ-ли данная киста яичника ретенціонную кисту, или пролиферирующую кистовидную опухоль. Pfannenstiel изъ болѣе объемистыхъ кистъ признаетъ фолликулярными лишь тѣ, стѣнка которыхъ лишена эпителия. По его мнѣнію, ретенціонныя кисты Graafовыхъ фолликуловъ не могутъ достигать размѣровъ болѣе кулака, такъ какъ при этой величинѣ, благодаря давленію со стороны содержимаго, стѣнка кисты лишается своего эпителия, и вмѣстѣ съ тѣмъ секреторная способность ея утрачивается. Поэтому, если киста имѣетъ болѣе значительный объемъ и, несмотря на то, снабжена эпителиемъ, то это служитъ доказательствомъ, что въ ней тенденція къ пролифераціи преобладаетъ надъ наклонностью къ секреціи, и что, стало быть, мы имѣемъ предъ собою настоящее новообразованіе. Другіе авторы приписываютъ фолликулярное происхожденіе и такимъ, выстланнымъ эпителиемъ, кистамъ, величина которыхъ значительно превышаетъ величину кулака, — если только эпителий въ этихъ кистахъ нигдѣ не представляетъ отчетливыхъ признаковъ пролифераціи въ видѣ сосочковыхъ образований или трубчатыхъ выпячиваній.

Кисты желтыхъ тѣлъ возникаютъ, благодаря скопленію серозной жидкости<sup>2)</sup> внутри желтыхъ тѣлъ. Признаками этихъ кистъ, по Graenke'ю, являются — болѣе или менѣе отчетливая складчатость стѣнокъ, лишенныхъ эпителия, а также наличность въ стѣнкахъ характерныхъ, содержащихъ пигментъ, лютеиновыхъ клетокъ, хотя-бы и не въ формѣ сплошного слоя.

Клиническое значеніе какъ фолликулярныхъ кистъ, или т. наз. водянки фолликуловъ, такъ и кистъ желтыхъ тѣлъ, весьма невелико. Хотя при наличности болѣе объемистыхъ фолликулярныхъ кистъ остальная паренхима яичника отчасти подвергается атрофіи отъ давленія, однако менструація, служащая индикаторомъ способности яичниковъ къ ихъ функциямъ, сохраняется даже въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ оба яичника поражены болѣе объемистыми кистами; иногда въ этихъ случаяхъ наблюдается даже и зачатіе, хотя рѣдко. Такъ какъ, далѣе, и фолликулярныя, и лютеиновыя кисты лишены пролиферирующаго характера, то онѣ не нуждаются въ оперативномъ удаленіи. Ихъ клиническое значеніе кроется, главнымъ образомъ, въ томъ, что эти образованія не могутъ быть наощупь дифференцированы отъ пролиферирующихъ опухолей, и потому при нихъ зачастую приходится прибѣгать къ пробному чревосѣченію, дабы установить истинную натуру опухоли.

## 2. Пролиферирующія опухоли яичниковъ.

Пролиферирующія опухоли яичниковъ могутъ исходить или изъ паренхимы, или изъ стромы послѣднихъ и соответственно этому могутъ быть, по Pfannenstiel'ю, раздѣлены на двѣ группы — паренхиматозныя и строматогенныя опухоли; опухоли второго рода въ свою очередь могутъ быть раздѣлены на двѣ подгруппы —

1) Въ менѣе объемистыхъ кистахъ этого рода иногда можно бываетъ встрѣтить довольно хорошо сохранившіяся яйца. В. Г.

2) Сравнительно чаще, чѣмъ серозную жидкость, кисты желтыхъ тѣлъ заключаютъ внутри кровянистое содержимое („гематомы желтыхъ тѣлъ“). В. Г.

опухоли, исходящія изъ эпителия. или собственно-эпителиальныя, и опухоли, исходнымъ пунктомъ которыхъ служить яйцо, — овигенныя или овулогенныя.

## А. Паренхиматозныя опухоли.

### а) Эпителиальныя опухоли.

Источниками эпителиальныхъ новообразованийъ въ яичникѣ могутъ быть — фолликулярный эпителий, далѣе — эпителий, покрывающій яичниковую поверхность, или зародышевый, и наконецъ эпителий железистыхъ образованийъ, которыя почти всегда встрѣчаются въ пролиферирующихъ эпителиальныхъ опухоляхъ яичниковъ, и происхождение которыхъ до сихъ поръ еще остается невыясненнымъ.

Труднѣе всего гистогенетически отдѣлить отъ эпителиальныхъ опухолей яичника однокамерныя кисты, т. е. такія образования, которыя, состоя изъ одной, болѣе или менѣе объемистой полости, или изолированно, или въ числѣ нѣсколькихъ штукъ встрѣчаются въ яичникѣ, и внутренняя поверхность стѣнки которыхъ одѣта однослойнымъ эпителиемъ. Содержимое этихъ кистъ болѣею частью представляетъ изъ себя прозрачную серозную жидкость, лишь рѣдко коричневатаго оттѣнка. Иногда въ яичникѣ имѣется лишь одна однокамерная киста, стѣнка которой состоитъ изъ плотнаго соединительнотканнаго слоя; на послѣднемъ расположенъ въ одинъ слой эпителий, мѣстами дающій сосочкообразные выступы внутрь, благодаря выпячиваніямъ соединительнотканной основы (*kystoma ovarii simplex*).

Какъ уже я упомянулъ выше, эти кисты разсматриваются отчасти, какъ чисто ретенціонныя образования, и въ качествѣ таковыхъ описываются подъ названіемъ фолликулярныхъ кистъ и водянки яичниковъ. Съ другой стороны, эпителию этихъ кистъ нѣкоторые изслѣдователи приписываютъ пролиферирующій характеръ и соответственно этому относятъ данныя кисты къ пролиферирующимъ опухолямъ. Наконецъ, *Kahldeu* и др. производятъ эти образования изъ отшнурованныхъ участковъ зародышеваго эпителия. Послѣдній разрастается, по *Kahldeu*'у, въ глубину въ формѣ эпителиальныхъ трубокъ, и изъ этихъ трубокъ, путемъ скопленія въ нихъ жидкости, образуются кисты. Такимъ образомъ описываемыя кисты представляютъ собою аденоматозныя образования. Водянка фолликуловъ, по *Kahldeu*'у, — это одна изъ стадій кистаденомы, которая также начинается съ виѣдренія вглубь эпителиальныхъ трубокъ. При этомъ, однако, остается непонятнымъ, почему въ однихъ случаяхъ эпителиальныя трубки превращаются въ маленькія, выстланныя эпителиемъ кисты, въ другихъ же образуютъ пролиферирующія кистаденомы.

#### *аа) Пролиферирующія кистаденомы.*

Всѣ пролиферирующія кистомы яичниковъ гистогенетически должны быть въ настоящее время

производимы изъ сплошныхъ клѣточныхъ тяжей или железopodobныхъ эпителиальныхъ трубокъ, которыя, въ свою очередь, происходятъ или изъ встрѣчающихся въ эмбриональной яичниковой ткани эпителиальныхъ шаровъ, или изъ трубчатыхъ выпячиваній фолликулярнаго или зародышеваго эпителия. Благодаря тому, что эпителий этихъ тяжей и трубокъ отдѣляетъ секретъ, они превращаются въ кисты. Опухоли, образующіяся этимъ путемъ, могутъ достигать огромной величины или вслѣдствіе того, что различныя эпителиальныя образования съ самаго начала превращаются въ кисты, или вслѣдствіе того, что выстилающей первоначальную кисту эпителий даетъ отпрыски въ сторону, которые затѣмъ, благодаря секреціи, превращаются въ дочернія кисты, такъ что первоначально однокамерная киста затѣмъ превращается въ многокамерную.

Наличность многихъ полостей составляетъ при кистоденомахъ обычное явленіе. При дальнѣйшемъ ростѣ опухолей, впрочемъ, стѣнки сосѣднихъ полостей приходятъ въ непосредственное соприкосновеніе, могутъ атрофироваться отъ давленія, и такимъ образомъ изъ двухъ кистъ можетъ образоваться одна: признакомъ бывшаго сліянія остаются въ объемистыхъ кистозныхъ полостяхъ перегородчатая образованія.

Выстилающей кисты эпителий, соответственно образованію ихъ изъ железopodobныхъ трубокъ, повсюду является однослойнымъ. Въ большинствѣ случаевъ онъ обладаетъ значительною способностью пролифераціи и даетъ или въ центробѣжномъ направленіи эпителиальные отростки, изъ которыхъ, какъ выше упомянуто, могутъ затѣмъ развиваться дочернія кисты, или внутрь полости сосочковья выпячиванія, въ образованіи которыхъ принимаетъ участіе и соединительная ткань; въ послѣднемъ случаѣ эпителий также разрастается, сохраняя свою однослойность. По Gebhardy'у опухоли эпителий которыхъ обнаруживаетъ склонность разрастаться наружу, могутъ быть обозначены, какъ опухоли инвертирующаго типа, а тѣ, эпителий которыхъ имѣетъ тенденцію разрастаться внутрь, — какъ опухоли инвертирующаго типа. Соответственно этому кистаденомы яичниковъ можно раздѣлить на железистыя и сосочковыя. Правда, это прежнее дѣленіе теперь не можетъ быть признано вполне правильнымъ, ибо въ каждой аденокистомѣ могутъ имѣть мѣсто оба типа роста; однако нельзя отвергать и того, что въ одной группѣ опухолей преобладаетъ железистый типъ, а въ другой, — принадлежащая къ которой опухоли, какъ мы увидимъ ниже, отличаются рядомъ особенныхъ признаковъ, — сосочковый типъ.

Новѣйшая классификація кистаденомъ, по характеру ихъ содержимаго, въ общемъ заслуживаетъ все-таки предпочтенія, тѣмъ болѣе, что характеръ этотъ обычно идетъ рука объ руку съ гистологической структурой эпителиальныхъ клѣтокъ кистаденомы.

Согласно этой классификаціи мы дѣлимъ кистомы яичниковъ на псевдомуцинозныя и серозныя, причемъ, какъ уже упомянуто выше, опухоли съ псевдомуцинознымъ содержимымъ преимуще-

ственно бываютъ железистаго типа, а опухоли съ серознымъ содержимымъ — сосочковаго.

### 1. *Kystadenoma pseudomucinosum.*

Извѣстная подъ этимъ названіемъ опухоль является наиболѣе часто встречающимся новообразованиемъ яичника<sup>1)</sup>. Въ большинствѣ

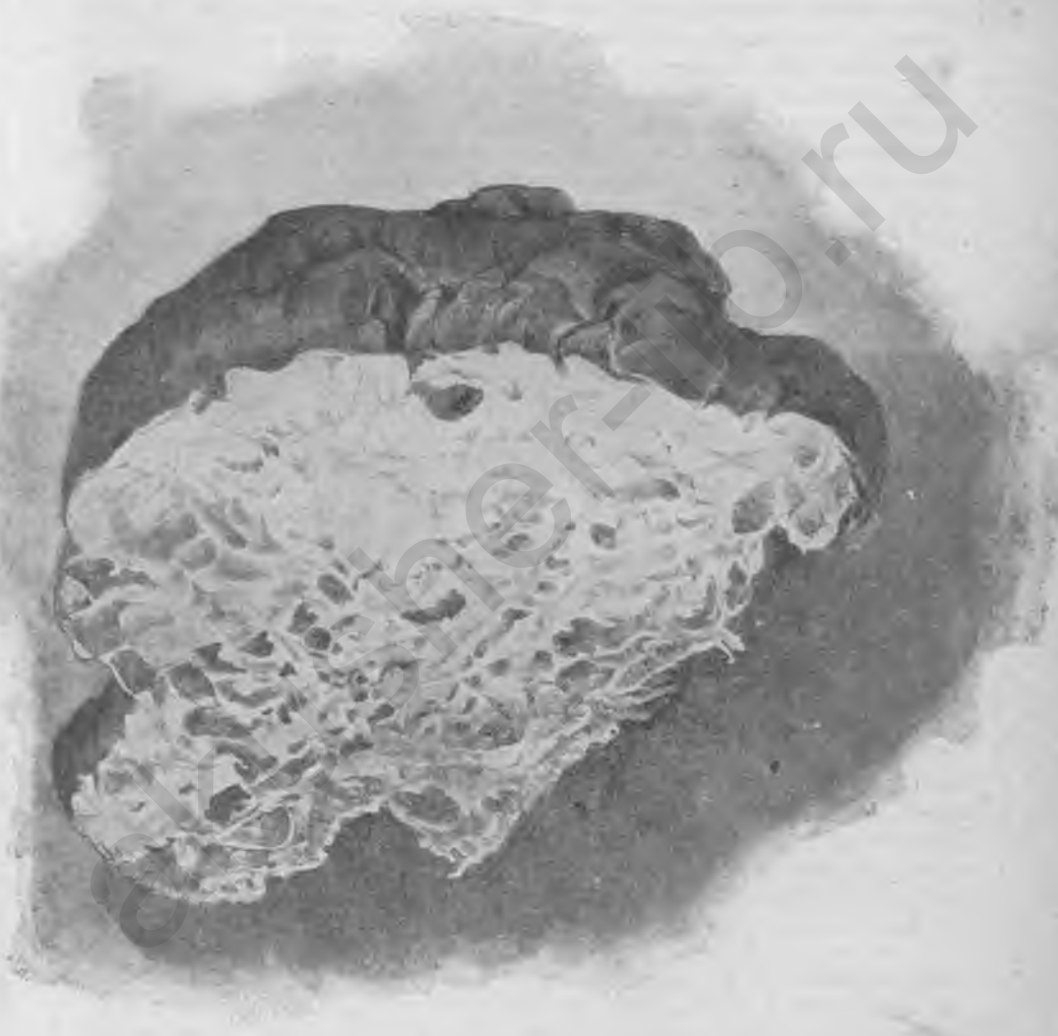


Рис. 241. *Cystadenoma pseudomucinosum* (*kystoma glandulare*). Разрѣзъ черезъ состоящую изъ мелкихъ кистъ часть, на первый взглядъ представляющуюся плотною.

1) Такъ, въ клиникѣ Zweifel'я изъ 638 опухолей яичниковъ, удаленныхъ за время съ 1887 по 1903 г., *kystadenoma pseudomucinosum* имѣла мѣсто въ 342 случаяхъ (53, 6%); въ Кёпигсберг'ской клиникѣ изъ 300 овариотомій, произведенныхъ съ 1897 по 1903 г., 123 (41%) были сдѣланы по поводу псевдомуцинозныхъ кистомъ. В. Г.

случаевъ она встрѣчается на одной сторонѣ, имѣеть хорошо выраженную ножку и лишь рѣдко располагается между листками широкой связки. Поверхность псевдомуцинозныхъ кистомъ — гладкая, съ легкими бугристостями, консистенція — туго-эластическая. Первоначально, пока это позволяетъ величина кистомы, послѣдняя лежитъ въ маломъ тазу подлѣ, сзади, рѣдко спереди матки, съ которою она бываетъ связана ножкою, состоящею изъ трубы, *lig. ovarii proprium* и широкой связки. Яичникъ обыкновенно бываетъ настолько измѣненъ этою опухолью, что отъ его нормальной ткани едва остаются слѣды. Содержимое отдѣльныхъ полостей кистомы состоитъ обычно изъ болѣе или менѣе вязкой жидкости, въ которой можно доказать присутствіе такъ называемаго псевдомуцина — тѣла, которое отличается отъ муцина своимъ отношеніемъ къ уксусной кислотѣ. Величина отдѣльныхъ кистъ въ данной опухоли представляетъ большое разнообразіе: въ большинствѣ случаевъ кисты эти довольно велики, но встрѣчаются опухоли и съ мелкокистозными отдѣлами.

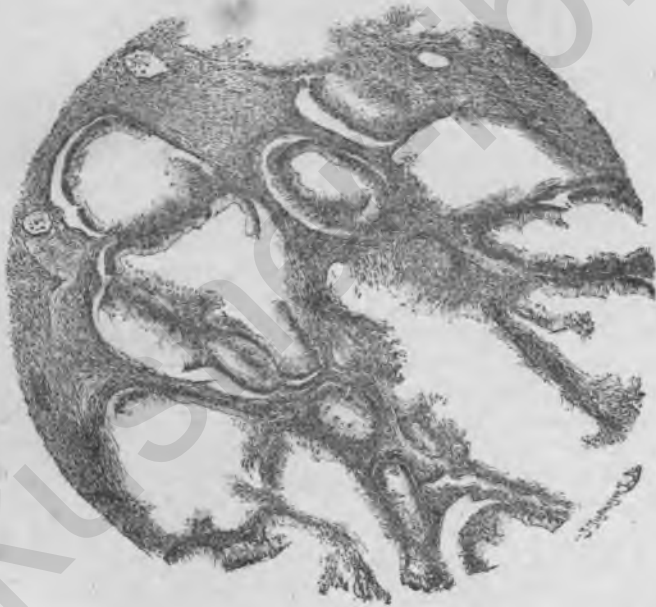


Рис. 242. *Cystadenoma pseudomucinosum* (*kystoma glandulare*). Выстланный эпителиемъ поля пространства въ соединительнотканной стромѣ. (Изъ Кюстнеровскихъ Grundzüge etc).

Содержимое кистъ представляетъ собою продуктъ секреціи выстилающаго стѣнки кистъ эпителія, клітки котораго имѣють весьма характерное строеніе: это — цилиндрическія клітки съ базально расположенными ядрами. Протоплазма клітокъ представляется различною въ зависимости оттого, находятся-ли онѣ въ состояніи покоя, или пачинають отдѣлять секретъ; въ послѣднемъ случаѣ онѣ приобрѣтають видъ бокаловидныхъ клітокъ благодаря тому, что на дистальномъ концѣ ихъ появляется масса, оптически отличающаяся отъ остальной протоплазмы.

Сосочковыя образованія могутъ встрѣчаться въ ложнослизистыхъ кистамахъ, но наблюдаются очень рѣдко, особенно въ болѣе объемистыхъ опухоляхъ. Цвѣтъ содержимаго кистъ представляется различнымъ въ зависимости отъ примѣси крови и лейкоцитовъ; болѣею частью содержимое ложнослизистыхъ кистомъ имѣетъ желтоватую окраску, часто, однако, встрѣчается зеленоватая окраска и т. д. — вплоть до черной.

Что касается клиническаго значенія ложнослизистыхъ кистомъ, то послѣднія сами по себѣ должны быть разсматриваемы, какъ доброкачественныя новообразованія. Такъ какъ онѣ, однако, обладаютъ способностью къ безграничному росту<sup>1)</sup>, то въ концѣ концовъ ведутъ къ смерти, причемъ ближайшими причинами смерти являются смѣщеніе сосѣднихъ органовъ, потеря аппетита и упадокъ питанія. При очень большихъ кистамахъ у больныхъ, вслѣдствіе сильнаго истощенія, развивается родъ кахексін, которая отличается отъ раковой кахексін отсутствіемъ какихъ-либо метастазовъ. Кахексія эта выражается, между прочимъ, и въ особенномъ выраженіи лица больныхъ, — выраженіи, которое можетъ быть названо специфичнымъ для яичниковыхъ опухолей и которое давно уже извѣстно подъ названіемъ *facies ovarica*.

Несмотря на доброкачественность псевдомуцинозныхъ кистомъ, иногда при этихъ опухоляхъ, — особенно при тѣхъ изъ нихъ, которыя отличаются тонкими стѣнками и густымъ желеобразнымъ содержимымъ, — наблюдается родъ метастазовъ въ брюшной полости. Метастазы эти обязаны бывать своимъ происхожденіемъ прививкѣ отскачившихъ опухольныхъ клѣтокъ. Уже при легкой травмѣ тонкостѣнные кистомы могутъ лопнуть, и ихъ содержимое вмѣстѣ съ клѣтками вываливается въ брюшную полость; здѣсь эпителиальныя клѣтки находятъ удобную почву и могутъ повести къ образованію дочернихъ кистъ какъ на паріетальной, такъ и на висцеральной брюшинѣ. Своеобразное заболѣваніе, описанное впервые *Werth*'омъ подъ названіемъ «ложнаго слизевика брюшины» (*pseudomyxoma peritonei*), возникаетъ въ томъ случаѣ, если особенно плотныя студнеобразныя массы попадутъ въ брюшную полость и здѣсь, благодаря перистальтикѣ кишекъ, равномерно распредѣляются повсюду. Такъ какъ массы эти содержатъ способный къ пролифераціи эпителий, то на брюшинѣ возникаютъ прививочныя опухоли съ такимъ же студнеобразнымъ содержимымъ, какъ и первичная опухоль. Въ такомъ случаѣ, если мы вскрыемъ животъ, то найдемъ его брюшную полость выполненною студенистымъ веществомъ; вещество это бываетъ обычно настолько тѣсно соединено съ брюшиной, что его невозможно вполне удалить; сама брюшина находится въ состояніи хроническаго воспаленія, которое можно опредѣлить, какъ воспаленіе отъ присутствія инороднаго тѣла. Указанная группа псевдомуцинозныхъ кистомъ, названная *Werth*'омъ псевдомиксоматозною, даетъ неособенно благоприятное

1) Какой огромной величины могутъ достигать псевдомуцинозныя кистомы, — свидѣлствуютъ случаи, описанные *T. Gilliam*'омъ и *Bullitt*'омъ. Первый удалил кистому, жидкое содержимое которой вѣсило 176 фунтовъ, а плотныя части — 7 фунтовъ; въ случаѣ второго автора опухоль оказалась вѣсвишею 245 фунтовъ. Мнѣ пришлось нѣсколько разъ удалять кистомы, вѣсвишія отъ 2 до 3 пудовъ. В. Г.

предсказание. Оставленные послѣ операциі массы могутъ служить весьма благоприятною питательною средою для микробовъ, и поэтому уже первичный результатъ оперативнаго вмѣшательства зачастую является неблагоприятнымъ, благодаря послѣдовательному острому или хроническому перитониту. Но даже если оператору и удастся удалить большую часть студенистыхъ массъ и первичную опухоль, — впоследствии, зачастую спустя нѣсколько лѣтъ, происходитъ накопленіе этихъ массъ въ полости брюшины, обусловленное отдѣлительною дѣятельностью эпителія прививочныхъ метастазовъ. Повторное чревосѣченіе и повторное удаленіе массъ могутъ снова помочь больнымъ, но въ концѣ концовъ послѣднія обыкновенно гибнутъ отъ кахекіи.

## 2. *Kystadenoma serosum.*

Серозныя кистаденомы<sup>1)</sup> отличаются своимъ прозрачнымъ, свороточнымъ, слегка тянущимся въ нити, почти никогда не содержащимъ псевдомуцина содержимымъ. Соответственнo такому

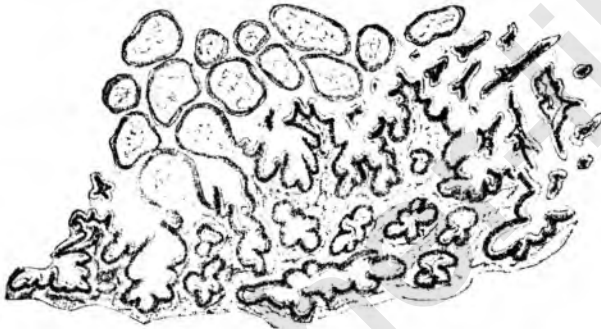


Рис. 243. Разрѣзъ черезъ *kystadenoma serosum* (*kystoma papillare*). Сосочковья разрозненія съ огненною стромой. Увеличеніе около 20 разъ.

содержимому и выстилающей полости этихъ кистъ однослойный эпителий рѣдко является въ формѣ слѣзистыхъ или бокаловидныхъ клетокъ (рис. 243). Обычно это — низкій кубическій эпителий, въ большинствѣ случаевъ снаб-

женный мерцательными рѣсничками. Нерѣдко въ серозныхъ кистамахъ наблюдается значительное разрастаніе сосочковъ, такъ что иной разъ вся полость отдѣльныхъ кистъ оказывается выполненною ими (рис. 244). Проллиферационная дѣятельность сосочковъ можетъ быть настолько интенсивною, что они прорастаютъ противоположную стѣнку кисты и разрастаются на поверхности яичниковой опухоли. Мало того, сосочки могутъ разрастаться даже за предѣлы первичной опухоли, покрывая своими разрастаніями тазовую брюшину, иногда даже всю серозную оболочку брюшной полости, паріетальную и висцеральную. При операциі, конечно, бываетъ невозможно удалить всѣ эти разрозненія; однако послѣдовательное наблюденіе за оперированными при этихъ условіяхъ показываетъ, что иногда вторичныя папиллярныя образованія на брюшинѣ самопроизвольно исчезаютъ послѣ удаленія первичной яичниковой опухоли. Равнымъ образомъ, впрочемъ, они могутъ послѣ удаленія первичной опухоли и разрастаться далѣе, а также подвергаться раковому перерожденію.

1) Эта форма кистомъ встрѣчается гораздо рѣже предыдущей. Такъ, напр., въ Leipzig'ской клиникѣ сосочковыя кистомы были встрѣчены въ 4,7% всѣхъ яичниковыхъ опухолей, въ Königsberg'ской — въ 6% и т. д. В. Г.



Сосочковые кистаденомы лишь рѣдко достигаютъ величины псевдомуцинозныхъ кистомъ; часто онѣ являются лишь однокамерными, хотя остатки обычно свидѣтельствуютъ, что эта однокамерность возникла путемъ сліянiя нѣсколькихъ полостей.

Въ сравнительно рѣдкихъ случаяхъ сосочковыя разрощенiя возникаютъ на поверхности яичниковъ безъ одновременнаго существованiя болѣе или менѣе выраженныхъ кистъ (т. наз. п о в е р х н о с т н ы я п а п и л л о м ы я и ч н и к а). Въ подобныхъ случаяхъ не всегда бываетъ легко рѣшить, имѣемъ-ли мы дѣло съ проростаніемъ сосочками стѣнокъ поверхностныхъ маленькихъ кистъ, или, какъ это допускаютъ нѣкоторые авторы, сосочки съ самаго начала образуются на поверхности яичника, изъ зародышеваго эпителія послѣдняго.

Клинически серозныя кистомы отличаются отъ ложнослизистыхъ еще въ томъ отношенiи, что весьма часто являются двусторонними; поэтому операторъ, имѣя дѣло съ сосочковой кистой одного яичника, сдѣлаетъ лучше, если одновременно съ нею удалить и второй яичникъ, особенно у женщинъ въ возрастѣ, близкомъ къ климактерію.



Рис. 247. *Cystadenoma ovarii serosum (kystoma papillare)*. Уплотненная опухоль разрѣзана по срединѣ, такъ что въ ней видны полости, отчасти съ сосочковыми выступами.

Дальнѣйшую особенность сосочковыхъ опухолей яичника составляетъ ихъ способность вызывать асцитъ. Наличие брюшной водянки является правиломъ особенно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ сосочки успѣли распространиться на паріетальную брюшину.

Между тѣмъ какъ псевдомуцинозныя кистомы обыкновенно сидятъ на хорошо выраженной ножкѣ, образованной трубою, *lig. ovarii proprium* и широкою связкою, *kystadenoma serosum* предпочтительно развивается межсвязочно; при этомъ именно мѣшеччатые отдѣлы опухоли вполнѣ или большею частію сидятъ между листками широкой связки.

#### бб) Карциномы.

Частота развитiя карциномъ въ яичникахъ еще не установлена съ полною точностью; по *Pfannenstiel*'ю, одна карцинома яич-

ника приходится приблизительно на 6 кистаденомъ. Яичниковыя карциномы могутъ быть раздѣлены на первичныя, возникающія въ самомъ яичникѣ, и вторичныя, т. е. метастатическія, исходнымъ пунктомъ которыхъ служатъ раки, локализовавшіеся въ какихъ-либо другихъ частяхъ тѣла.

Первичныя раки яичниковъ мы, вмѣстѣ съ Gebhard'омъ, можемъ опять-таки раздѣлить на генуинныя или идиопатическія, которые развиваются въ дотолѣ неизмѣненномъ яичникѣ, и на такія, которые возникаютъ на почвѣ существовавшихъ уже ранѣ опухолей, т. е. представляютъ результатъ раковаго перерожденія послѣднихъ.

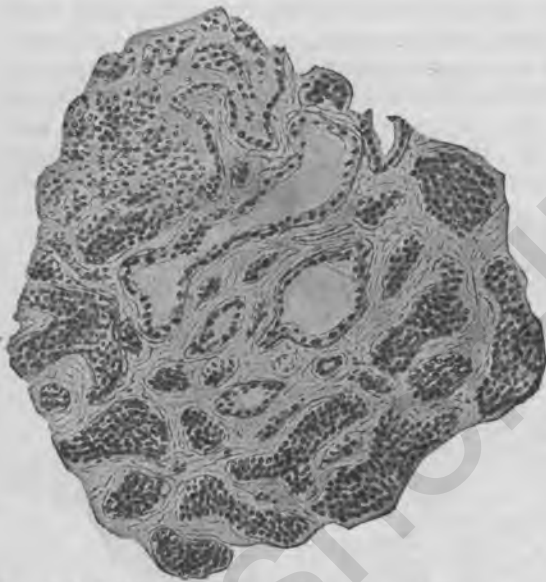


Рис. 245. Разрѣзъ черезъ идиопатическую карциному яичника. Раковые тяжи исходятъ изъ железистыхъ трубокъ. Увеличеніе около 30 разъ.

При этомъ, однако, надо замѣтить, что въ отдѣльныхъ случаяхъ провести указанное дѣленіе бываетъ невозможно, такъ какъ въ яичникѣ встрѣчаются иногда смѣшанныя опухоли, т. е. опухоли, представляющія сочетаніе первичной карциномы съ первичной же кистой. Поэтому было-бы лучше, воспользо-вавшись для классификаціи карциномъ чисто внѣшними признаками, дѣлить ихъ на плотныя и кистовидныя.

Плотныя раки яичника, которые въ большинствѣ случаевъ суть и генуинныя, въ отличіе отъ псевдо-муцинозныхъ кистомъ

имѣютъ обычно небольшую величину: большею частію это — опухоли съ дѣтскую головку величиною; весьма рѣдко величина ихъ доходить до величины мужской головы. Опухоли эти въ большинствѣ случаевъ сидятъ на хорошо выраженной ножкѣ; раковыя массы лишь въ позднѣйшее время проростаютъ ихъ поверхность, вслѣдствіе чего онѣ сравнительно долго остаются легкоподвижными. На разрѣзѣ данныя опухоли оказываются обычно состоящими изъ однородной ткани желтовато-сѣроваго цвѣта; опухоли болѣе значительныхъ размѣровъ зачастую содержатъ внутри маленькія полости, возникшія путемъ размягченія ткани и наполненныя мутно-желтоватою жидкостью; рѣже жидкость эта отъ примѣси крови имѣетъ коричневатую окраску. Когда раковыя массы пророснутъ капсулу этихъ опухолей, то въ большинствѣ случаевъ наступаетъ диссеминація рака по всей брюшинѣ.

Подъ микроскопомъ плотныя карциномы яичниковъ часто обнаруживаютъ структуру, свойственную железистому раку, т. е. состоятъ изъ железоподобныхъ трубокъ, эпителий которыхъ мѣстами

сохраняетъ однослойное расположеіе, мѣстами же наслаивается въ нѣсколько рядовъ (рис. 245). При далеко ушедшемъ впередъ процессѣ железистыя трубки оказываются сплошь выполненными эпителиемъ и представляютъ на разрѣзѣ болѣе или менѣе значительныя альвеолы, раздѣленныя соединительнотканными перегородками (альвеолярный ракъ) (рис. 246).

Кистокарциномы по наружному виду вполне сходны съ кистаденомами. Зачастую трудно, даже невозможно бываетъ и на разрѣзѣ опредѣлить простымъ глазомъ, имѣемъ-ли предъ собою доброкачественную кистому, или карциному. Иногда, впрочемъ, раковую ткань можно узнать по ея мозговидному строенію. Чаще всего (по Pfannenstiel'ю, почти въ половинѣ всѣхъ случаевъ) подвергаются раковому перерожденію сосочковыя кистомы яичниковъ, го-

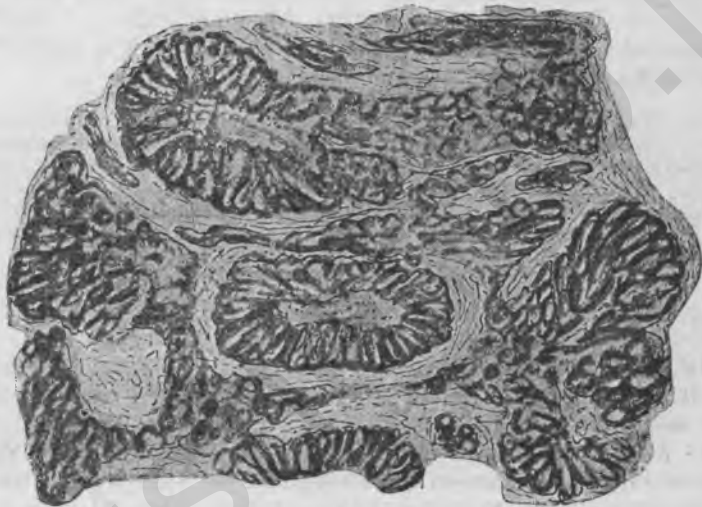


Рис. 246. Разрѣзъ черезъ раково-перерожденную сосочковую кистому. Многослойность эпителия. Увелич. около 15 разъ.

раздо рѣже — псевдомуцинозныя, всего же рѣже — дермоидныя кисты. Когда въ сосочковой кистомѣ начинается раковое перерожденіе, то покрывающій сосочки эпителий, бывшій ранѣе однослойнымъ, становится многослойнымъ, клѣтки его дѣлаются полиморфными, лишаются своихъ мерцательныхъ рѣсничекъ и обнаруживаютъ измѣненія въ структурѣ ядеръ. Прогнозъ раково-перерожденныхъ сосочковыхъ опухолей — очень плохой: даже въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ опухоли, повидимому, бываютъ удалены вполне, получается 90% возвратовъ. Если раковому перерожденію подвергнется псевдомуцинозная киста, то эпителиальныя клѣтки послѣдней равнымъ образомъ пріобрѣтаютъ атипическое строеніе, утрачиваютъ однослойное расположеніе и пронизываютъ соединительнотканную основу кистомы неправильной формы тяжами, — обычно сплошными, лишь рѣдко имѣющими трубчатое строеніе, сходное со строеніемъ железъ. Пораженныя этимъ процессомъ мѣста макроскопически пріобрѣтаютъ характерную мозговидную структуру.

Область распространения ракового процесса въ кистамахъ бываетъ крайне различна по своей величинѣ. Иногда мы находимъ въ яичниковой опухоли обширные участки, гдѣ ткань имѣеть строеніе доброкачественной аденокистомы, и въ перемежку съ ними — лишь маленькіе очаги раковой ткани. Именно въ этихъ-то случаяхъ и бываетъ трудно рѣшить, имѣемъ-ли мы дѣло со вторичнымъ перерожденіемъ первоначально доброкачественной кистаденомы, или со смѣшанною опухолью — одновременно и кистомою, и карциномою.

Плотные яичниковые раки были наблюдаемы въ самомъ раннемъ возрастѣ, притомъ въ большинствѣ случаевъ съ обѣихъ сторонъ. Если мы встрѣтимъ эти опухоли у женщинъ болѣе пожилыхъ, то должны постоянно изслѣдовать, не представляютъ-ли онѣ метастазовъ со стороны рака желудка, кишечника, желчнаго пузыря или матки.

Раково-перерожденные кистомы, соотвѣтственно излюбленному возрасту, въ которомъ встрѣчаются аденокистомы, — чаще всего наблюдаются у женщинъ въ концѣ періода половой зрѣлости и въ климактеріи.

При раковомъ перерожденіи дермоидовъ карцинома имѣеть различное строеніе, смотря по тому, исходить-ли она изъ плоскаго эпителия эктодермальныхъ составныхъ частей опухоли, или изъ кистозныхъ участковъ послѣдней. Настоящие дермоидные раки всегда принадлежатъ къ роговымъ ракамъ и содержать хорошо выраженныя жемчужины, раки же, исходнымъ пунктомъ которыхъ являются мѣшечатая части опухоли, принадлежатъ къ аденокарциномамъ.

#### б) Яйцеродныя опухоли.

Яйцеродныя опухоли яичниковъ распадаются на два класса, обособленныхъ не генетически, но анатомически и клинически; къ одному классу относятся дермоиды, къ другому тератомы.

Дермоиды, называемые также дермоидными кистамами, ибо они постоянно встрѣчаются въ сочетаніи съ кистамами, именно съ псевдомуцинозными, представляютъ собою опухоли отъ куриного яйца до мужской головы величиною. Чаще всего они наблюдаются у взрослыхъ женщинъ, но иногда были наблюдаемы у новорожденныхъ дѣвочекъ, даже у зародышей женскаго пола. Подобно псевдомуцинознымъ кистамамъ, дермоидныя кисты въ большинствѣ случаевъ снабжены хорошо выраженной ножкой. Встрѣчаются онѣ далеко перѣдко, — по *Olschansen*'у, въ 5% всѣхъ яичниковыхъ опухолей<sup>1)</sup>. Межсвязочное развитіе наблюдается при нихъ гораздо рѣже, чѣмъ при серозныхъ кистамахъ<sup>2)</sup>. Такъ какъ дермоиды комбинируются съ кистаденомами, то, подобно этимъ послѣднимъ, имѣютъ крупно-бугристую поверхность. Консистенція ихъ зависитъ отъ температуры, въ которой они находятся: при температурѣ тѣла они имѣютъ такую же консистенцію, какъ и вообще кистовидныя опухоли, при охлажденіи же они становятся болѣе или менѣе тѣстоватыми; дѣло въ томъ, что содержимое дермоидовъ состоитъ изъ сала,

1) Другіе наблюдатели находятъ, что дермоиды встрѣчаются гораздо чаще, — въ 10%, даже въ 12% всѣхъ случаевъ яичниковыхъ опухолей. В. Г.

2) Не только рѣже, чѣмъ при серозныхъ кистамахъ, но рѣже, чѣмъ и при псевдомуцинозныхъ кистамахъ. В. Г.

которое жидко при температурѣ тѣла и застываетъ при комнатной температурѣ. Въ салѣ плаваетъ обычно значительное количество волосъ, спутанныхъ въ комокъ, который можетъ выполнять всю полость дермоида. Если мы вымоемъ горячей водою сальное содержимое вскрытаго дермоида, то увидимъ, что собственно дермоидное образование занимаетъ лишь относительно небольшой участокъ стѣнки кисты. Между тѣмъ какъ въ остальныхъ мѣстахъ стѣнка представляется гладкою, здѣсь она выпячивается въ просвѣтъ кисты и, кромѣ того, уже при осмотрѣ простымъ глазомъ обнаруживаетъ наличность эпидермального покрова; наконецъ, именно отсюда отходить выполняющее полость кисты скопленіе волосъ. Указанная часть опухольной стѣнки представляетъ собою собственную паренхиму дермоида, такъ называемый паренхиматозный бугорокъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи бугорка оказывается, что прежде всего здѣсь находятся составныя части эпидермы — роговой слой, rete Malpighii и пр., подъ которыми располагается слой соединительной ткани, заключающей участки жировой клѣтчатки, волосы и потовыя железы. Кромѣ того, изъ эктодермальныхъ образований здѣсь встрѣчаются участки, состоящіе изъ мозгового вещества, ганглии, нервныя волокна и т. п., затѣмъ, очень часто, — зубы съ болѣе или менѣе выраженными челюстными костями, да еще — различныя костныя образования, напр., зачатки реберъ, пальцевыя фаланги, кости таза, наконецъ, — энтодермальные образования въ видѣ мѣшковъ и трубокъ, выстланныхъ цилиндрическимъ, иногда мерцательнымъ эпителиемъ и представляющихъ собою зачатки органовъ дыханія и кишечника. Вообще яичниковые дермоиды отличаются отъ дермоидовъ остальныхъ частей тѣла тѣмъ, что они обычно содержатъ продукты всѣхъ трехъ зародышевыхъ листковъ, притомъ расположенные приблизительно въ нормальномъ порядкѣ.

Въ противоположность дермоидамъ, которымъ присуща известная правильность въ расположеніи хотя и недоразвитыхъ органовъ и частей органовъ, — тератомы имѣютъ совершенно неправильное строеніе. Далѣе, въ то время, какъ у дермоидовъ главная часть объема опухоли падаетъ на кистовидную полость, тератомами преимущественно являются плотными новообразованиями. И въ нихъ мы можемъ различить продукты развитія всѣхъ трехъ зародышевыхъ листковъ, но эти продукты разбросаны здѣсь безъ всякаго порядка въ мягкой, богатой клѣтками, соединительнотканной основѣ. Такимъ образомъ тератомы яичниковъ представляютъ собою атипическую модификацію дермоидовъ; въ нихъ мы находимъ безпорядочное разрастаніе различныхъ зародышевыхъ листковъ — такъ же, какъ въ карциномѣ встрѣчаемъ атипическое разрастаніе эпителия. И подобно карциномамъ, до сихъ поръ описанныя въ литературѣ немногочисленныя тератомы, — ихъ описано всего около десятка, — имѣли безусловно злокачественный характеръ.

Напротивъ, дермоиды представляютъ собою образования вполне доброкачественныя. Правда, они комбинируются съ другими опухолями, но преимущественно, какъ уже было упомянуто выше, съ доброкачественными ложнослизистыми кистами, весьма рѣдко — съ карциномами.

Что касается гистогенеза дермоидовъ и тератомъ, то на этотъ счетъ со времени изслѣдованій Wilms'a, Marchand'a и Volpert существуютъ довольно единообразные взгляды. Присутствіе въ тѣхъ и другихъ опухоляхъ производныхъ всѣхъ трехъ зародышевыхъ листковъ привело къ мысли, что источникомъ ихъ развитія являются партеногенетически развивающіяся яйца или, по крайней мѣрѣ, яйцеподобныя клѣтки. Первоначально высказанный Wilms'омъ взглядъ на дермоиды и тератомы, какъ на продукты партеногенетическаго развитія яйца, былъ впоследствии видоизмѣненъ Marchand'омъ и Volpert въ томъ смыслѣ, что источникомъ этихъ опухолей являются рано обособленные отъ остальныхъ клѣтокъ, яйцеподобные клѣточные элементы — бластомеры. Эта, получившая широкое распространеніе, гипотеза удовлетворительно объясняетъ разнообразный характеръ разбираемыхъ опухолей и ихъ сходство съ тератоидными образованиями, встрѣчающимися въ другихъ частяхъ тѣла. Лишь одинъ пунктъ является при этомъ темнымъ: почему изолированныя бластомеры оказываются занесенными именно въ одинъ или оба яичника? Напротивъ, оригинальный фактъ, что иногда въ дермоидахъ наблюдаются продукты развитія лишь одного зародышеваго листка, или только одинъ какой-нибудь органъ, напр. зубъ, — легко можетъ быть объясненъ подавленіемъ развитія остальныхъ листковъ.

## Б. Строматогенныя опухоли.

По сравненію съ паренхиматозными новообразованиями, строматогенныя опухоли встрѣчаются въ яичникахъ очень рѣдко <sup>1)</sup>. Къ нимъ относятся доброкачественныя опухоли — фибромы и злокачественныя — саркомы, подвидами которыхъ можно считать эндотелиомы и перителиомы.

а) Фибромы. — Фибромы яичниковъ наблюдаются или въ видѣ небольшихъ, ограниченныхъ, иногда выступающихъ надъ поверхностью яичника узловъ, заложенныхъ въ нормальной яичниковой ткани, или въ видѣ диффузныхъ образований, захватывающихъ весь яичникъ. Эти диффузныя фибромы, которыя одни только и представляютъ клиническій интересъ, ведутъ къ довольно равномерному увеличенію яичника. Онѣ являются въ видѣ плотныхъ, твердыхъ опухолей, съ гладкою, но крупно-бугристою поверхностью. На разрывѣ ткань ихъ, какъ и ткань маточныхъ фибромъ, имѣетъ довольно гомогенный видъ; однообразіе ея нарушается лишь неправильно переплетенными дугами соединительнотканнхъ волоконъ. Изрѣдка на разрывѣ можно бываетъ встрѣтить полости, образовавшіяся или благодаря размягченію ткани, или путемъ расширенія фолликуловъ. Такъ какъ диффузныя фибромы развиваются изъ всей соединительнотканной стромы яичниковъ, то онѣ зачастую долго сохраняютъ форму этого органа, узнаваемую даже у объемистыхъ опухолей по пупкообразному втягиванію на мѣстѣ hilus'a. Подъ микроскопомъ соединительнотканнныя пучки, изъ которыхъ состоятъ фибромы, оказываются обычно содержащими очень немного клѣтокъ.

Разбираемыя опухоли яичниковъ могутъ возникать во всякомъ возрастѣ женщины; въ большинствѣ случаевъ онѣ бываютъ односторонними, лишь изрѣдка встрѣчаются съ обѣихъ сторонъ. Растутъ

1) Такъ, среди 638 яичниковыхъ опухолей, оперированныхъ Zweifel'емъ, фибромъ было 11, саркомъ 16; въ Würzburg'ской клиникѣ изъ 317 овариотоміи 8 было произведено по поводу эндотелиомъ и 14 — по поводу саркомъ; въ Волпской клиникѣ изъ 262 оперированныхъ опухолей яичниковъ было 7 саркомъ и 2 эндотелиомы и т. п. В. Г.

онѣ медленно, что не мѣшаетъ имъ достигать иногда размѣровъ головы взрослого мужчины. Въ клиническомъ отношеніи это — образования вполне доброкачественныя; тѣмъ не менѣе онѣ зачастую обуславливаютъ развитіе асцита. Частоту фибромъ Pfannenstiел опредѣляетъ въ 2—3% общаго числа яичниковыхъ опухолей; Schauta на 198 яичниковыхъ опухолей встрѣтилъ фибромы въ 5%.

б) Саркомы. Саркомы яичниковъ макроскопически очень сходны съ фибромами. Подобно этимъ послѣднимъ, онѣ бываютъ снабжены хорошо выраженной ножкою, имѣютъ гладкую, крупнобугристую поверхность и, сохраняя форму яичника, отличаются пупкообразнымъ втягиваніемъ на мѣстѣ hilus'a. На разрѣзѣ саркомы, подобно фибромамъ, обнаруживаютъ волокнистую структуру; лишь въ далеко ушедшихъ впередъ случаяхъ ткань этихъ опухолей, подобно ткани карциномъ яичника, представляется мозговидною. Саркомы отличаются отъ фибромъ макроскопически лишь тѣмъ, что въ нихъ чаще встрѣчаются фокусы размягченія, кистовидныя полости, образовавшіяся изъ этихъ фокусовъ, и кровоизліянія. Лимфангіектатическія полости въ саркомахъ яичниковъ иногда бываютъ настолько многочисленны, что ткань опухоли получаетъ на разрѣзѣ сходство съ сотами. Несмотря на свою безусловную злокачественность, саркомы лишь рѣдко прорастаютъ окружающую ихъ соединительнотканную капсулу; оттого опухоли этого рода и бываютъ рѣдко срощены съ окружающими органами.

Подобно фибромамъ, саркомы представляютъ довольно рѣдкія новообразования яичниковъ. По Olshausen'у, онѣ встрѣчаются въ 5% всѣхъ овариотомій. Опухоли эти могутъ возникать во всякомъ возрастѣ, даже въ самомъ раннемъ, у дѣвочекъ моложе 10 лѣтъ; однако чаще всего, по Zangemeister'у, онѣ попадаютъ въ возрастъ отъ 20 до 50 лѣтъ. Почти въ четверти всѣхъ случаевъ саркомы яичниковъ являются двусторонними, причѣмъ трудно сказать, представляютъ ли собою опухоли обоихъ яичниковъ первичныя образования, или опухоль одного яичника является метастазомъ саркомы другого яичника.

Относительно рано и чаще, чѣмъ при фибромахъ, саркомы яичниковъ даютъ асцитъ; тѣмъ не менѣе наличность асцита при плотной опухоли яичника отнюдь еще не говоритъ, что эта послѣдняя — непременно злокачественная. Равнымъ образомъ скоро появляются при саркомахъ и метастазы; разносятся они по лимфатическимъ путямъ, почему сначала поражаются ими забрюшинныя железы, затѣмъ и сама брюшина. Частота метастазовъ зависитъ главнымъ образомъ отъ микроскопическаго строенія опухоли, — фибросаркомы (верстенообразноклѣточковыя саркомы) даютъ метастазы гораздо рѣже, чѣмъ круглоклѣточковыя саркомы. Эта разница въ клиническомъ значеніи обѣихъ разновидностей побуждаютъ насъ хотя кратко остановиться на характеристикѣ верстенообразноклѣточковыхъ и круглоклѣточковыхъ саркомъ.

Верстенообразноклѣточковыя саркомы яичниковъ даже и подъ микроскопомъ иногда настолько бываютъ сходны къ фибромами, что между ними трудно провести границу. Gebhard обращаетъ вниманіе на разнообразіе клѣточныхъ формъ въ

веретенообразноклѣточной саркомѣ въ противоположность однороднымъ клѣткамъ фибромы, а также на обиліе въ саркомѣ фигуръ дѣленія ядеръ. Въ сравненіи съ круглоклѣточковыми саркомами веретенообразноклѣточные растутъ гораздо менѣе быстро и обнаруживаютъ меньшую склонность давать метастазы. Въ большинствѣ случаевъ опухоли эти наблюдаются у женщинъ преклоннаго возраста (рис. 247).

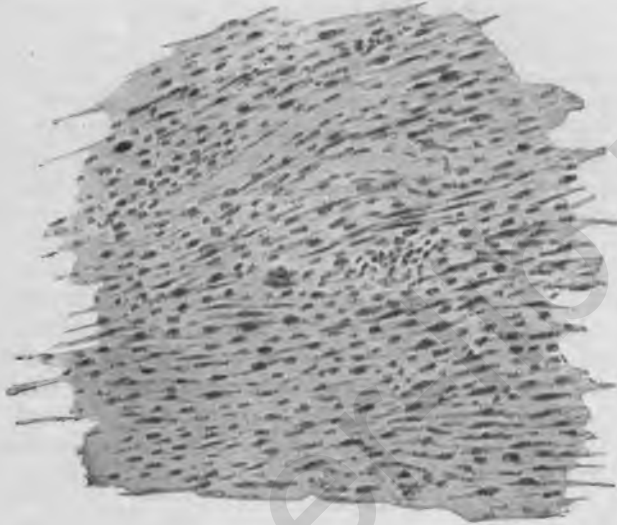


Рис. 247. Веретенообразноклѣточная саркома яичника. Неодинаковая величина и окрашиваемость клѣточныхъ ядеръ. Увеличеніе около 150.

Круглоклѣточковыя саркомы имѣютъ на разрѣзѣ болѣе мягкую консистенцію, чѣмъ веретенообразноклѣточковыя. Подъ микроскопомъ онѣ состоятъ изъ ретикулярной соединительной ткани, въ петляхъ которой располагаются маленькія круглыя клѣтки съ интенсивно красящимся ядромъ и узкимъ ободкомъ протоплазмы. Какъ и веретенообразноклѣточковыя саркомы, онѣ могутъ диффузно поражать всю строму яичника, причѣмъ собственно-яичниковая ткань болѣе или менѣе быстро исчезаетъ. Въ большинствѣ случаевъ саркомы этой разновидности встрѣчаются въ обоихъ яичникахъ одновременно; нерѣдко онѣ развиваются уже у дѣтей, растутъ очень быстро и рано даютъ метастазы.

в) Эндотелиомы и перителиомы. — Въ качествѣ подвида саркомъ эндотелиомы и перителиомы яичника зачастую были описываемы въ новѣйшее время. Подъ перителиомами мы разумѣемъ опухоли, исходящія изъ соединительнотканнаго влагалища (адвентиціи) лимфатическихъ и кровеносныхъ сосудовъ, подъ эндотелиомами — опухоли, исходнымъ пунктомъ которыхъ служить эндотелій тѣхъ и другихъ сосудовъ. Оба рода опухолей отличаются отъ саркомъ тѣмъ, что въ нихъ опухольныя клѣтки берутъ свое начало не изъ всей стромы яичника, а лишь изъ ткани, находящейся въ непосредственной окружности сосудовъ. Соотвѣтственно этому мы находимъ, напр., при перителиомахъ, особенно въ начальныхъ стадіяхъ этихъ опухолей, сосуды окруженными оболочкой изъ опухольныхъ клѣтокъ, расположенныхъ болѣе или менѣе циркулярно къ ихъ просвѣту; при этомъ эндотелій, а въ болѣе крупныхъ сосудахъ и средняя оболочка — остаются нетронутыми. Зачастую опухольныя клѣтки представляютъ большое сходство съ эпителиальными,



отчего и вся перителіома получаетъ сходство съ альвеолярною карциномой. Если при перителіомѣ опухольныя клѣтки проростутъ въ просвѣтъ сосудовъ, то отличіе ея отъ эндотеліомы становится невозможнымъ.

Объ эндотеліомахъ мы можемъ говорить лишь въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ можно доказать превращеніе эндотеліальныхъ клѣтокъ лимфатическихъ или кровеносныхъ сосудовъ въ опухольныя клѣтки. Такіе случаи были неоднократно описываемы въ литературѣ, хотя въ общемъ чистые случаи эндотеліомъ принадлежать къ рѣдкостямъ. При лимфатическихъ эндотеліомахъ лимфатическія пространства зачастую бывають необыкновенно расширены, благодаря чему опухоль представляется на разрѣзѣ какъ-бы источенною червями. Наряду съ болѣе мелкими лимфатическими полостями мы нерѣдко встрѣчаемъ здѣсь и болѣе объемистыя кисты, образовавшіяся путемъ размягченія ткани.

Въ запущенныхъ случаяхъ перителіомы и эндотеліомы бываетъ очень трудно отличить отъ саркомъ и карциномъ. Если скопленія клѣтокъ представляются рѣзко ограниченными отъ окружающей яичниковой стромы, такъ что опухоль получаетъ альвеолярную структуру, и если сами клѣточные элементы имѣють эпителиоидный характеръ, то отличіе отъ карциномы является едва возможнымъ. Если, наоборотъ, опухольныя клѣтки диффузно переходять въ яичниковую строму, — ставится діагнозъ диффузной саркомы. Въ клиническомъ отношеніи перителіомы и эндотеліомы подобны саркомамъ. При этомъ, чѣмъ богаче опухоль клѣтками, тѣмъ больше въ ней склонность къ образованию метастазовъ и тѣмъ болѣе она злокачественна.

## II. Клиническія явленія и прогностика яичниковыхъ опухолей.

Если у женщины развивается яичниковая опухоль, то вначалѣ объективныя разстройства могутъ совершенно отсутствовать; они впервые появляются лишь тогда, когда опухоль, увеличившись въ своемъ объемѣ, начинаетъ сдавливать сосѣдніе органы въ маломъ тазу, напр., пузырь, прямую кишку и т. п.; разстройства эти состоятъ въ тупой боли въ области крестца и въ ощущеніи полноты въ тазу. Такъ какъ, однако, органы, находящіеся въ большомъ тазу, могутъ ускользать отъ сдавливанія со стороны опухолей, то болѣе значительныя разстройства возникаютъ у больной лишь тогда, когда новообразование достигнетъ очень большихъ размѣровъ и станетъ смѣщать діафрагму, желудокъ, сердце и пр.

Благодаря тому, что боли при опухоляхъ яичниковъ вначалѣ отсутствуютъ, даже и теперь имѣющія ихъ больныя обращаются къ оперативной помощи лишь тогда, когда опухоль выростетъ до размѣровъ мужской головы и больше. Именно, въ такихъ случаяхъ, — вѣроятно, благодаря отсутствію аппетита у больныхъ, а можетъ быть вслѣдствіе значительнаго расхода бѣлковъ на постройку новообразованія, — пациентки даже съ доброкачественными опухолями имѣють описанный выше какетическій видъ. Далѣе, при объемистыхъ опухоляхъ, благодаря сдавливанію ими венъ и лимфатическихъ сосудовъ нижней части тѣла, развиваются отеки ногъ, большихъ половыхъ губъ и кожи въ нижней части живота. Наконецъ, по истеченіи ряда лѣтъ даже и доброкачественныя опухоли яичниковъ ведутъ больную къ смерти вслѣдствіе истощенія и упадка сердечной дѣятельности.

Въ общемъ, доброкачественныя яичниковыя опухоли растутъ медленно: могутъ пройти годы, прежде чѣмъ ложнослизистая киста поднимется изъ малаго таза въ большой<sup>1)</sup>; дермоидныя кисты

<sup>1)</sup> Правило это, однако, допускаетъ многочисленныя исключенія: иногда и вполне доброкачественныя анатомически кисты растутъ такъ быстро, что ихъ ростъ бываетъ сходенъ съ ростомъ беременной матки. В. Г.

могутъ, повидимому, на нѣсколько лѣтъ останавливаться въ своемъ ростѣ. При всемъ томъ слѣдуетъ помнить, что полное прекращеніе роста или обратное развитіе пролиферирующихъ яичниковыхъ опухолей не наблюдались никогда, и что даже анатомически доброкачественныя опухоли яичниковъ въ концѣ концовъ ведутъ большую къ смерти. Печальный исходъ ускоряется, если опухоль съ самаго начала имѣетъ злокачественный характеръ, или если первоначально доброкачественная киста въ послѣдствіи подвергается раковому перерожденію. Къ сожалѣнію, мы не имѣемъ возможности во-время распознать злокачественный характеръ опухоли, и уже одно это обстоятельство требуетъ, чтобы всякое новообразованіе яичника, коль скоро оно распознано, было удалено оперативнымъ путемъ.

Ножка яичниковыхъ опухолей. — Клиническія явленія при яичниковыхъ опухоляхъ существенно зависятъ отъ того обстоятельства, сидитъ-ли опухоль на ножкѣ, или расположена межсвязочно.

Соотвѣтственно анатомическимъ отношеніямъ ножка яичниковыхъ опухолей состоитъ изъ мезоварія, собственной яичниковой связки и *lig. suspensorium ovarii*. Она можетъ быть коротка или вытянута лентообразно; особенно при опухоляхъ, перемѣстившихся изъ малого таза въ большой, ножка можетъ быть настолько длинна, что яичниковую опухоль можно смѣстить въ подреберье. Обстоятельство это не слѣдуетъ упускать изъ виду, чтобы не впасть въ діагностическую ошибку. Чѣмъ лучше развита ножка, тѣмъ легче оперативное удаленіе опухоли, и тѣмъ благопріятнѣе при злокачественныхъ новообразованіяхъ прогнозъ въ смыслѣ отсутствія рецидива. При межсвязочномъ развитіи опухоль отслаиваетъ другъ отъ друга листки широкой связки, прорастаетъ между ними и достигаетъ тазовой кѣлѣчатки. Результатомъ межсвязочнаго развитія является обычно сильное смѣщеніе и сдавливаніе сосѣднихъ органовъ; такъ, матка бываетъ обычно смѣщена вбокъ и поднята; труба въ видѣ длиннаго тяжа пробѣгаетъ по верхушкѣ опухоли; пузырь бываетъ приподнятъ, благодаря чему развиваются разстройства мочеиспусканія до *ischuria paradoxa* включительно. Между тѣмъ, какъ опухоли, сидящія на ножкѣ, даже въ тѣхъ случаяхъ, когда онѣ вколочены въ тазу, лишь рѣдко сдавливаютъ мочеточники, при межсвязочномъ развитіи опухолей дѣло доходитъ до развитія гидроуретера и гидронефроза. Нѣкоторыя яичниковыя опухоли обнаруживаютъ наклонность къ интралигаментарному развитію, другія предпочтительно сидятъ на ножкѣ. Такъ, ложнослизистыя кистомы, фибромы и дермоиды яичниковъ лишь въ рѣдкихъ случаяхъ растутъ межсвязочно, тогда какъ при сосочковыхъ кистамахъ интралигаментарное положеніе наблюдается относительно часто.

Перекручиваніе ножки. — При яичниковыхъ опухоляхъ, сидящихъ на ножкѣ, можетъ наблюдаться весьма важное въ клиническомъ отношеніи явленіе, именно, перекручиваніе ножки<sup>1)</sup>. Уже

<sup>1)</sup> Насколько часто встрѣчается это осложненіе, — свидѣлствуютъ данныя Frankenheim'a, основанныя на обширномъ матеріалѣ клиники Olschausep'a. Съ 1882 по 1902 гг. въ этой клиникѣ была оперирована 971 яичниковая опухоль; изъ нихъ съ перекручиваніемъ ножки оказалось 87 опухолей, т. е. 8,2% общаго числа. В. Г.

къ то время, когда яичниковая опухоль поднимается изъ малаго таза въ большой, ножка ея испытываетъ въ извѣстной степени вращеніе: опухоль при этомъ изъ задняго Douglas'ова кармана смѣщается къ передней брюшной стѣнкѣ, причемъ лѣвостороннія опухоли, по Küstner'у, поворачиваются нѣсколько влево, правостороннія — вправо. При извѣстныхъ механическихъ условіяхъ, анализъ которыхъ для насъ въ большинствѣ случаевъ невозможенъ<sup>1)</sup>, вращеніе ножки можетъ быть настолько значительно, что ножка 2—3 раза перекручивается вокругъ своей оси. Благодаря этому перекручиванію, проходящія въ ножкѣ сосуды теряютъ свою проходимость, тромбозируются, а это ведетъ къ тяжелымъ разстройствомъ питанія опухоли: въ послѣдней развивается застой крови съ геморрагической инфильтраціей тканей; въ плотныхъ опухоляхъ образуются, далѣе, инфаркты, въ кистовидныхъ — происходятъ кровоизліянія въ полость кисты. Обычно блестящая, перламутроваго вида поверхность опухоли пріобрѣтаетъ желтовато-коричневую окраску со всѣми нюансами вплоть до кровяно-краснаго цвѣта. Кистовидныя опухоли, благодаря кровоизліяніямъ въ ихъ полость, быстро увеличиваются въ своемъ объемѣ. При осмотрѣ перекрутившейся ножки, въ ней можно бывать отчетливо замѣтить служебное мѣсто перекручиванія. Иногда перекручиваніе можетъ быть настолько значительно, что опухоль совершенно откручивается отъ матки, и притокъ питательнаго матеріала къ ней со стороны половой сферы совершенно прекращается. Напрасно, однако, было-бы надѣяться, что при такихъ условіяхъ новообразование подвергнется атрофіи; дѣло въ томъ, что, благодаря пластической способности брюшины, около опухоли тотчасъ образуются сосудистыя сращенія, черезъ посредство которыхъ опухоль и получаетъ возможность питаться.

Клиническія явленія, которыми выражается перекручиваніе ножки яичниковыхъ опухолей, въ большинствѣ случаевъ отличаются бурнымъ характеромъ. Въ моментъ перекручиванія развиваются всѣ признаки остраго перитонита. Животъ становится чрезвычайно чувствительнымъ къ давленію и вздувается вслѣдствіе пареза кишекъ, стулъ и газы являются задержанными, пульсъ становится нитевиднымъ, цѣлыми часами наблюдается состояніе коллапса. Если затѣмъ опухоль не подвергнется нагноенію или распаденію, то острые перитонитическія явленія обыкновенно по истеченіи немногихъ дней идутъ на убыль; температура тѣла еще нѣкоторое время остается повышенною. вѣроятно, вслѣдствіе всасыванія токсиновъ, — но затѣмъ и она понижается, и къ больной вполне возвращается хорошее самочувствіе. Впрочемъ опасность нагноенія опухоли при этомъ остается настолько значительною, что, если перекручиваніе ножки опухоли доказано, — это осложненіе требуетъ немедленнаго оперативнаго вмѣшательства.

<sup>1)</sup> Главными этиологическими моментами, обусловливающими перекручиваніе ножки яичниковыхъ опухолей, повидимому, являются: движенія большой, измѣненія внутрибрюшнаго давленія подъ вліяніемъ дѣятельности брюшнаго пресса и кишечная перистальтика. В. Г.

### III. Распознаваніе яичниковыхъ опухолей.

Задачею діагноза при яичниковыхъ опухоляхъ является: 1) установить, что въ данномъ случаѣ дѣйствительно имѣется яичниковая опухоль, 2) выяснитъ натуру опухоли (доброкачественная она или злокачественная), 3) опредѣлитъ, сидитъ опухоль на ножкѣ, или расположена межсвязочно.

При маленькиихъ опухоляхъ діагнозъ по большей части является нетруднымъ: при изслѣдованіи можно ощупать матку, прослѣдить трубу и найти въ томъ мѣстѣ, гдѣ обычно опредѣляется яичникъ, опухоль, въ большинствѣ случаевъ крайне подвижную. При опухоляхъ средней величины распознаваніе затрудняется благодаря тому, что, выполняя весь малый тазъ, опухоль не такъ легко можетъ быть ограничена отъ сосѣднихъ органовъ. Впрочемъ, если изслѣдователю удастся — въ глубокомъ наркозѣ, а иногда въ положеніи больной съ приподнятымъ тазомъ — смѣститъ опухоль изъ малаго таза, или низвести матку пулевыми щипцами, наложенными на влагалищную часть, и благодаря этимъ приѣмамъ прощупать на большемъ или меньшемъ протяженіи трубу соответственной стороны, то діагнозъ и здѣсь становится легкимъ. Въ противномъ случаѣ изслѣдователю придется руководиться лишь вѣроятными заключеніями. Такъ, если мы, ощутивъ при бimanуальномъ изслѣдованіи флюктуацию, найдемъ, что выполняющая малый тазъ опухоль кистовидной натуры, то уже на основаніи одного этого факта можемъ съ значительною вѣроятностью исключить маточное происхожденіе опухоли, ибо кистовидныя опухоли матки крайне рѣдки. Если, далѣе, при зондированіи матки мы найдемъ, что полость ея не увеличена, то это является новымъ доказательствомъ, что опухоль исходитъ не изъ матки. Такъ какъ, затѣмъ, трубы лишь рѣдко служатъ источникомъ развитія болѣе обильныхъ кистовидныхъ опухолей, то уже одно присутствіе въ маломъ тазу кисты среднихъ размѣровъ дѣлаетъ наиболѣе вѣроятнымъ діагнозъ яичниковой опухоли, хотя-бы намъ не удалось прощупать ножку и ограничить опухоль отъ сосѣднихъ органовъ. При плотныхъ опухоляхъ средней величины распознаваніе становится, напротивъ, труднымъ, а въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ опухоль лишена ножки и сидитъ межсвязочно, примыкая къ стѣнкѣ матки, — даже прямо невозможнымъ. Смѣшеніе яичниковыхъ опухолей съ маточными при подобныхъ условіяхъ является неизбежнымъ. Одно лишь соображеніе можетъ поставить при этомъ намъ діагнозъ на правильный путь, — а именно, что плотныя опухоли яичника обыкновенно бываютъ снабжены хорошо выраженной ножкой и отличаются своею подвижностью, благодаря чему легко могутъ быть вытолкнуты изъ малаго таза.

При очень большихъ кистовидныхъ опухоляхъ яичника нужно бываетъ отличить ихъ лишь отъ свободнаго асцита, осумкованнаго асцита, какой наблюдается при бугорчатомъ перитонитѣ, и, наконецъ, отъ кистовидныхъ опухолей почекъ, напр., отъ гидронефроза. Дифференціальный діагнозъ между кистовидными опухолями яичниковъ и свободной водянойкой долженъ быть принимаемъ во вниманіе потому, что, благодаря тонкости стѣнокъ большихъ яичниковыхъ кистъ, послѣднихъ нельзя опредѣлить путемъ пальпаціи, и для установки діагноза приходится прибѣгать къ перкуссіи. Перкуссія поз-

воляетъ поставить діагнозъ главнымъ образомъ на основаніи расположенія области притупленія. Когда пациентка лежитъ въ постели со слегка приподнятою верхнею половиною туловища, то при свободномъ асцитѣ получается вогнутая кверху граница тупости, при кистѣ же — выпуклая кверху. Далѣе, при положеніи больной на боку границы тупости при кистѣ яичника не мѣняются, при свободной же водянкѣ мѣняются такимъ образомъ, что на томъ боку, на которомъ больная лежитъ, получается притупленіе, на противоположномъ же боку — тимпанитъ.

Трудно, иногда даже невозможно бываетъ поставить діагнозъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ кистовидная опухоль яичника или сочетана съ асцитомъ, или лопнула, причѣмъ ея содержимое излилось въ брюшную полость. Если при этомъ мы, путемъ сочетаннаго изслѣдованія, не нащупаемъ подлѣ матки опухоли, то одна перкуссия можетъ ввести насъ въ заблужденіе. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ подобнаго рода дѣло можетъ быть выяснено путемъ пробной пункции, дающей или желеобразныя массы, или жидкость, содержащую псевдоменингъ. Къ этому приему слѣдуетъ, однако, прибѣгать, какъ къ *ultimum refugium*, ибо при пункции можно проколоть дотолѣ неповрежденную стѣнку кисты и выпустить ея содержимое вмѣстѣ со способными пролиферировать эпителиальными клѣтками въ полость брюшины. Надо обязательно производить пункцию лишь тогда, когда все готово къ чревосеченію, дабы въ случаѣ, если-бы путемъ пункции діагнозъ остался невыясненнымъ, немедленно перейти къ пробной лапаротоміи.

Отличить кистому яичника отъ гидронефроза въ настоящее время всегда легко, прибѣгая къ катетеризаціи мочеточниковъ<sup>1)</sup>.

Между тѣмъ какъ поставить діагнозъ яичниковой опухоли вообще въ большинствѣ случаевъ бываетъ нетрудно, — распознаваніе громадно затрудняется, если мы захочемъ опредѣлить, какая именно опухоль яичника имѣется въ данномъ случаѣ. Правда, обычно мы безъ труда можемъ дифференцировать, имѣется-ли кистовидная, или плотная опухоль; далѣе, имѣя дѣло съ кистой, мы можемъ съ извѣстною вѣроятностью опредѣлить, однокамерная это киста, или многокамерная (въ послѣднемъ случаѣ волна жидкости, возникающая при постукиваніи, имѣетъ лишь ограниченное распространеніе); но за то мы никогда не можемъ поручиться, имѣемъ-ли предъ собою доброкачественную опухоль, или сомнительную, или, наконецъ, злокачественную. Дѣло въ томъ, что, съ одной стороны, и среди плотныхъ яичниковыхъ опухолей встрѣчаются безусловно доброкачественныя, напр., фибромы, а съ другой и среди кистовидныхъ опухолей, наряду съ доброкачественными, попадаются новообразования злокачественной природы.

1) Кромѣ того, перкуссия при гидронефрозѣ обычно даетъ результаты, рѣзко отличающіеся отъ тѣхъ, какіе получаютъ при кистахъ яичниковъ. Такъ какъ почки лежатъ забрюшинно, то на поверхности почечныхъ опухолей обычно получается, при постукиваніи, тимпанитъ, на поверхности яичниковыхъ опухолей — тупой тонъ. Далѣе, ободочная кишка смѣщается почечными опухолями въ средней линіи живота; оттого при перкуссии почечной опухоли получается барабанный звукъ медиально отъ нея, латерально же — тупой тонъ, переходящій въ тупость позвоночника; напротивъ, при опухоли яичника тимпанитъ получается и справа, и слѣва отъ опухоли. В. Г.

#### IV. Лечение яичниковых опухолей.

Такъ какъ наши діагностическія свѣдѣнія въ случаяхъ яичниковыхъ опухолей являются обыкновенно недостаточными, и такъ какъ большинство новообразованій яичника, какъ кистовидныхъ, такъ и плотныхъ, обладаетъ склонностью къ прогрессивному росту, то въ каждомъ случаѣ болѣе объемистой опухоли яичника мы должны прибѣгать къ ея удаленію. Болѣе затруднительно положеніе клинициста въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ онъ встрѣчаетъ маленькую опухоль яичника, — меньше, напр., кулака, — притомъ кистовидной природы. Мы уже видѣли, что такого объема могутъ достигать фолликулярныя кисты и кисты желтыхъ тѣлъ, т. е. образованія неспособныя къ пролиферации и потому не требующія оперативнаго вмѣшательства. Съ другой стороны, однако, эти опухоли крайне трудно отличить отъ пролиферирующихъ кистомъ и дермоидовъ, при т<sup>0</sup> тѣла дающихъ ощущение кистъ съ жидкимъ содержимымъ; между тѣмъ при кистомахъ и дермоидахъ оперативное вмѣшательство необходимо. Практика учитъ, что лучше всего при кистовидныхъ опухоляхъ, объемъ которыхъ меньше кулака, постѣдить за опухолью, чтобы увидѣть, растетъ она, или нѣтъ: если опухоль не растетъ, — съ оперативнымъ вмѣшательствомъ можно ждать. При всѣхъ кистовидныхъ опухоляхъ большого объема, напротивъ, немедленное оперативное вмѣшательство является показаннымъ, такъ какъ здѣсь слишкомъ велика вѣроятность, что опухоль принадлежитъ къ числу пролиферирующихъ. Плотныя опухоли яичника требуютъ немедленнаго оперативнаго удаленія даже и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ онѣ меньше кулака величиною, такъ какъ огромное большинство этихъ опухолей относится къ разряду злокачественныхъ.

**Техника овариотоміи.** — Удаленіе яичниковыхъ опухолей можетъ быть выполнено двумя путями — абдоминальнымъ и рукавнымъ, черезъ передній или задній сводъ. Прежде чѣмъ говорить о томъ, когда слѣдуетъ избирать первый путь и когда — второй, опишемъ вкратцѣ технику операціи, сначала абдоминальной. За день до нея больная получаетъ ванну и вообще готовится, какъ во всякой лапаротоміи. Волосы на лобкѣ сбриваются, и брюшная стѣнка дезинфицируется растворомъ сублимаина 1:1000. Кожный разрѣзъ дѣлается или по средней линіи живота, или парамедіально — съ отодвиганіемъ прямой мышцы въ сторону, или поперекъ — по Küstner-Pfannenstiel'ю. Въ послѣднемъ случаѣ, если опухоль велика, приходится предварительно пунктировать ее, противъ чего Pfannenstiel предостерегаетъ въ виду опасности образованія прививочныхъ метастазовъ; опасность эта, однако, при простомъ опоронженіи опухоли во время операціи сравнительно не такъ ужъ велика. Между тѣмъ поперечный разрѣзъ представляетъ большія преимущества: смертность отъ операціи при немъ гораздо ниже, а процентъ послѣдовательныхъ грыжъ въ рубцѣ сводится почти къ нулю.

Когда брюшная полость вскрыта, операторъ ориентуруется касательно представляемыхъ брюшными органами отношеній. При не-

срощенныхъ опухляхъ онъ легко можетъ добраться рукой до матки и опредѣлить, сидитъ-ли опухоль на ножкѣ, или расположена межсвязочно, соответственно чему и прибѣгаетъ къ тѣмъ или другимъ приемамъ. При опухляхъ, сидящихъ на ножкѣ, операторъ легко можетъ извлечь опухоль черезъ брюшную рану, въ случаѣ нужды предварительно опорожнивъ ее; затѣмъ ножка опухоли перерѣзывается, проходящія въ ней сосуды, — сѣмянная артерія, артерія круглой связки и конечная вѣтвь маточной артеріи, — изолированно перевязываются, и оба листка брюшины, входящія въ составъ ножки, сшиваются, такъ что кишки являются защищенными отъ непосредственнаго соприкосновенія съ культиями. Эта такъ называемая «перитонизація» является наилучшею предохранительною мѣрою противъ срощеній кишекъ съ культюю опухолевой ножки, каковыя срощенія могутъ въ послѣдствіи повести къ перекручиванію кишки, т. е. къ механическому ileus'у. Въ заключеніе брюшная полость освобождается отъ содержимаго кисты, если таковое случайно попало въ нее при операціи, и брюшная рана можетъ быть закрыта. При наличности крѣпкихъ срощеній яичниковой опухоли съ кишками и сальникомъ, срощенія эти должны быть тщательно, миллиметръ за миллиметромъ, раздѣлены — частью тупымъ путемъ, частью ножницами. При этомъ, если раздѣленіе кишечныхъ срощеній будетъ представлять слишкомъ большія трудности, то не надо забывать совѣта O'ls ha u s e n'a — лучше оставлять часть опухолевой стѣнки на кишкахъ, чѣмъ многократнымъ нарушеніемъ цѣлости кишки ухудшать прогнозъ операціи.

Если у оператора имѣется хотя малѣйшее подозрѣніе на нагноеніе и гнилостное распаденіе яичниковой опухоли, — если больная до операціи лихорадила, изслѣдованіе крови у ней обнаружило усиленный лейкоцитозъ, или въ анамнезѣ есть указанія на недавно происшедшее перекручиваніе ножки, то опухоль непременно должна быть удаляема *in toto*, невскрытою. Если, однако, несмотря на всѣ предосторожности, гнойное или гнилостное содержимое опухоли попадетъ въ брюшную полость, — его надо немедленно удалить компрессами. Рекомендовавшееся прежде въ подобныхъ случаяхъ дренированіе брюшной полости при помощи резиновыхъ или марлевыхъ дренажей и промываніе брюшины соевымъ растворомъ не должны быть примѣняемы, такъ какъ опытъ обнаружилъ несостоятельность этихъ мѣръ<sup>1)</sup>

Зашитая брюшная рана покрывается легкой повязкой изъ марли и липкаго пластыря. Если брюшная полость была вскрыта поперечнымъ разрѣзомъ, то очень хорошо уже въ первый день послѣ операціи заставлятъ оперированныхъ на короткое время покидать постель, положивъ имъ на животъ бинтовую повязку. Этимъ способомъ вѣрнѣе всего можно предохранить оперированныхъ отъ такихъ

1) Отрицательный взглядъ автора на дренажи и промыванія брюшной полости при чревосѣченіяхъ раздѣляется далеко не всѣми гинекологами и хирургами, а лишь меньшинствомъ. Большинство является сторонниками и дренированія брюшной полости, и промыванія ея, — разумѣется, въ подходящихъ случаяхъ. Подробности см. объ этомъ ниже, при изложеніи методовъ гинекологическаго леченія. В. Г.

осложений, какъ тромбозы бедренныхъ венъ, эмболии, паралитическій ileus и т. п.<sup>1)</sup>.

Избирая влагалищный путь операціи, можно вскрывать брюшную полость или со стороны передняго, или со стороны задняго Douglas'ова кармана. Такъ какъ сзади отъ матки брюшина опускается гораздо ниже, чѣмъ спереди, покрывая даже часть влагалища, то уже изъ этого слѣдуетъ, что вскрытіе задняго свода, *colpotomia posterior*, является приѣмомъ болѣе простымъ. Раскрывъ влагалище зеркалами, операторъ захватываетъ влагалищную часть пулевыми щипцами и низводитъ ее книзу и къ симфизу, благодаря чему задній сводъ сильно напрягается. Тогда операторъ приводитъ продольный разрѣзъ, начинающійся отъ влагалищной части и идущій прямо сзади, причѣмъ разсѣкаетъ стѣнку рукава и брюшину. Для того, чтобы доступъ въ полость брюшины былъ шире, къ продольному разрѣзу слѣдуетъ, вблизи отъ матки, присоединить поперечный<sup>2)</sup>. Черезъ сдѣланное такимъ образомъ отверстіе мы легко можемъ вывести въ рукавъ небольшія кистовидныя опухоли, послѣ предварительнаго опорожненія ихъ содержимаго. Какъ и при абдоминальной операціи, ножка выведенной опухоли прошивается и перерѣзывается.

Такъ какъ яичниковыя опухоли, пока онѣ невелики по объему, лежатъ обыкновенно въ заднемъ Douglas'овомъ карманѣ, то задняя кольпотомія является лучшимъ путемъ для ихъ удаленія. При болѣе объемистыхъ опухоляхъ, которыя поднялись изъ малаго таза въ большой, иногда можно рекомендовать переднюю кольпотомію<sup>3)</sup>. Такъ какъ брюшина передняго Douglas'ова кармана не опускается до передняго свода рукава, то при передней кольпотоміи слѣдуетъ, вскрывъ поперечно передній сводъ, сначала туго отдѣлить пузырь отъ маточной шейки, съ которою онъ соединенъ при помощи рыхлой клетчатки. Лишь послѣ этого достигается брюшинная складка, которая и вскрывается. Доступность брюшины и этимъ путемъ можно считать достаточною для многихъ яичниковыхъ опухолей, могущихъ быть уменьшенными. Чтобы доступъ въ брюшную полость при передней кольпотоміи былъ шире, *Dührssen* предлагаетъ присоединять къ поперечному разрѣзу въ сводѣ еще продольный, идущій отъ наружнаго отверстія уретры вплоть до пересѣченія съ поперечнымъ разрѣзомъ. Обыкновенно, послѣ вскрытія брюшины передняго Douglas'ова кармана, глазамъ оператора представляется матка; захвативъ ее тонкими щипцами, операторъ выводитъ ее въ разрѣзъ; при этомъ становится доступною глазу ножка опухоли, которая перевязывается, послѣ чего опухоль опоражнивается отъ своего содержимаго и удаляется<sup>4)</sup>. Въ заключеніе операціи рана въ переднемъ сводѣ закрывается швами.

1) И къ этому совѣту автора надо относиться съ осторожностью: принципъ ранняго вставанія оперированныхъ принятъ далеко не всѣми. В. Г.

2) Еще лучше, по моему, ограничиваться однимъ поперечнымъ разрѣзомъ. В. Г.

3) Равнымъ образомъ переднюю кольпотомію можно рекомендовать и для удаленія малыхъ яичниковыхъ опухолей, лежащихъ спереди отъ матки. Такое положеніе особенно часто занимаютъ яичниковые дермоиды. В. Г.

4) Можно извлекать и прямо опухоль, оставивъ матку на мѣстѣ. В. Г.



За послѣднее время рукавный путь при удаленіи болѣе объемистыхъ опухолей яичника избирается все рѣже и рѣже, особенно когда Küstner-Pfannestiel'евскій разрѣзъ брюшной стѣнки гарантировалъ больныхъ отъ образованія грыжъ въ операціонномъ рубцѣ. Съ устраненіемъ этой опасности отпало главнѣйшее соображеніе, заставлявшее предпочитать кольпотомію лапаротоміи. Впрочемъ, нельзя отрицать, что небольшія кистовидныя опухоли яичниковъ и теперь лучше удалять путемъ задней кольпотоміи, при томъ условіи, если онѣ подвижны; операціонная травма является при этомъ наименьшею. Что касается болѣе объемистыхъ опухолей, то ихъ лучше оперировать per abdomen, ибо лишь при этомъ мы можемъ съ полною ясностью опредѣлить, подвижна опухоль, или нѣтъ: оперируя же черезъ влагалище, мы легко можемъ просмотрѣть срощенія и, при извлеченіи опухоли, разорвать ихъ, что можетъ повести къ послѣдовательнымъ кровотечениямъ и перитониту<sup>1)</sup>.

Переходя, далѣе, къ вопросу о результатахъ оперативнаго леченія яичниковыхъ опухолей, мы должны различать, съ одной стороны, первичную смертность отъ операціи, съ другой — вторичную смертность благодаря рецидивированію опухолей.

Первичная смертность при овариотоміи въ значительной степени зависитъ отъ общаго состоянія больныхъ, затѣмъ — отъ техническихъ трудностей операціи. Удаленіе яичниковыхъ опухолей, сидящихъ на ножкѣ, у лицъ, общее состояніе которыхъ удовлетворительно, даетъ едва  $\frac{1}{4}\%$  первичной смертности. Если же, напротивъ, дѣло идетъ о межесвязочно сидящихъ опухоляхъ, если техника операціи затруднена влѣдствіе срощеній опухоли съ кишками, или если операція предпринимается у кахектическихъ субъектовъ, — процентъ первичной смертности подымается отъ 6 до 7. Злокачественныя опухоли caeteris paribus даютъ, въ силу указанныхъ причинъ, уже и первичную смертность болѣе значительную, чѣмъ доброкачественныя.

Отдаленные результаты операціи зависятъ отъ клиническаго характера удаленныхъ опухолей. Въ этомъ отношеніи мы должны, среди новообразованій яичника, различать 3 группы: 1) новообразованія абсолютно доброкачественныя, 2) новообразованія абсолютно злокачественныя и 3) новообразованія анатомически сомнительныя.

Къ абсолютно доброкачественнымъ опухолямъ относятся фолликулярныя кисты, кисты желтыхъ тѣлъ, простыя серозныя кистомы (*kistoma serosum simplex*) и пѣз строматогенныхъ опухолей фибромы. Послѣ полнаго оперативнаго удаленія этихъ новообразованій прогнозъ относительно рецидива является вполне благопріятнымъ.

Къ абсолютно злокачественнымъ опухолямъ слѣ-

1) Помимо этого, далеко не всегда можно заранѣе опредѣлить, можетъ-ли яичниковая опухоль быть опорожнена путемъ прокола, или нѣтъ. В. Г.

дуетъ отнести яичниковыя карциномы, среди которыхъ особенно злокачественными являются папиллярныя адено-карциномы, затѣмъ — саркомы, эндотелиомы, перителіомы и тератомы. Среди саркомъ фибросаркомы даютъ гораздо болѣе хорошій прогнозъ относительно рецидивовъ, чѣмъ круглоклеточковыя саркомы.

Принято считать, что послѣ совершеннаго удаленія одностороннихъ раковъ яичника получается 30% стойкихъ излеченій: если же мы имѣемъ дѣло съ двустороннимъ ракомъ, то здѣсь даже и послѣ совершеннаго удаленія опухоли прогнозъ является абсолютно неблагоприятнымъ; объясняется это отчасти тѣмъ, что двусторонніе раки яичниковъ, по Glockner'у и Amann'у, болѣею частью являются метастазами раковъ, сидящихъ въ другихъ органахъ.

Къ клинически-сомнительнымъ опухолямъ относятся пролиферирующія адено-кистомы. Изъ нихъ псевдомуцинозныя, а также чисто-серозныя кистомы являются относительно доброкачественными. Hofmeier, Pfannenstiel, Glockner и Tauffer, прослѣдившіе отдаленные результаты удаленія этихъ опухолей, опредѣляютъ процентъ стойкаго излеченія послѣ него равнымъ 98.

Значительно болѣе неблагоприятную прогностику даютъ папиллярныя кистомы и родственныя имъ поверхностныя папилломы. Происходитъ это, во-первыхъ, оттого, что при данныхъ опухоляхъ операція зачастую производится тогда, когда сосочки успѣли уже распространиться на сосѣдніе участки брюшины, и такимъ образомъ полное удаленіе новообразованія является невозможнымъ; во-вторыхъ, эти опухоли обнаруживаютъ болѣею склонность къ раковому перерожденію, причѣмъ переходъ отъ папилломы къ карциномѣ является зачастую неуловимымъ. При папиллярныхъ кистомахъ, не осложненныхъ обѣмненіемъ брюшины, процентъ рецидивовъ, послѣ полнаго удаленія опухолей, еще относительно невеликъ — около 10; точно опредѣлить это число очень трудно, такъ какъ иногда рецидивы наступаютъ здѣсь очень долгое время спустя послѣ операціи, напр., черезъ 10—12 лѣтъ. Если частички опухоли остались на брюшинѣ, то въ отдѣльныхъ случаяхъ онѣ, послѣ удаленія первичной опухоли, могутъ погибнуть, благодаря жизненной силѣ брюшины, причѣмъ женщина долгое время остается свободной отъ рецидива; но по Pfannenstiel'ю это случается относительно рѣдко, — чаще на томъ или другомъ мѣстѣ возникаетъ новая опухоль, которая, впрочемъ, растетъ болѣею частію очень медленно и зачастую лишь по истеченіи десятка лѣтъ начинаетъ причинять значительныя расстройства; лишь если оставшіеся на брюшинѣ сосочки послѣдовательно подвергаются, — какъ это иногда бываетъ — раковому перерожденію, больная быстро погибаетъ.

Особаго обсуждения заслуживаетъ лечение псевдомиксомы брюшины. Какъ уже упомянуто выше, мы понимаемъ подъ этимъ названіемъ прививку на брюшинѣ выпавшихъ изъ кистомы студенистыхъ массъ съ одновременнымъ хроническимъ перитонитомъ. Послѣ удаленія первичной опухоли при этомъ заболѣваніи можетъ наступить стойкое излеченіе, хотя студенистыя массы, само собою понятно, и не могутъ быть вполне удалены изъ брюшной полости. Къ сожалѣнію, такой исходъ не составляетъ правила. Обыкновенно въ брюшной полости образуются, хотя и по истеченіи нѣсколькихъ лѣтъ, новыя опухольныя массы;

последнія опять могутъ быть удалены путемъ операций, но, въ концѣ концовъ, постоянный ростъ студенистыхъ массъ ведетъ больную къ смерти отъ истощенія.

Наибольшія трудности для оператора-овариотомиста представляются въ двухъ случаяхъ: во-первыхъ, если онъ, вскрывъ брюшную полость у молодой женщины, увидитъ, что оба яичника болѣны; во-вторыхъ, если при заболѣваніи одного яичника возникнетъ вопросъ, что дѣлать съ другимъ яичникомъ, повидимому здоровымъ?

Удаленіе обоихъ яичниковъ вызываетъ у женщинъ, не достигшихъ климактеріи, крайне неблагоприятныя послѣдствія. — такъ наз. *Ausfallserscheinungen*. состоящія въ ожирѣніи, расстройствахъ кровообращенія, сердцебиеніяхъ, наконецъ, въ общихъ нервныхъ симптомахъ, обычно въ формѣ психическаго угнетенія. Расстройства эти въ каждомъ случаѣ овариотоміи у молодой женщины требуютъ основательнаго выясненія вопроса о томъ, слѣдуетъ-ли пожертвовать и другимъ яичникомъ.

Если дѣло идетъ о кистовидныхъ опухоляхъ обоихъ яичниковъ, причемъ микроскопическій осмотръ опухолей, — а въ случаѣ нужды и микроскопическое изслѣдованіе ихъ стѣнокъ, — обнаружитъ, что онѣ суть простыя фолликулярныя кисты, то надо довольствоваться резекціей опухолей, т. е. удалить кисты или большую часть ихъ стѣнокъ, остатокъ же яичниковъ сохранить. Сохраненіе остатка яичника можетъ быть, далѣе, иногда примѣнено при двусторонней *kystoma serosum simplex*, двусторонней дермоидной кистомѣ, а изъ плотныхъ опухолей — при фибромахъ. Даже несмотря на опасность рецидива, въ этихъ случаяхъ двойственнаго заболѣванія яичниковъ, оператору надобно заботиться о сохраненіи хотя маленькаго участка яичниковой ткани. По *Menge*, и этого бываетъ достаточно, чтобы предотвратить кастраціонныя расстройства. Разумѣется только, къ этому приему слѣдуетъ прибѣгать лишь у женщинъ не старше 35 лѣтъ.

Какъ долженъ, — спрашивается далѣе, — поступать операторъ, при экстирпаціи яичниковой опухоли, съ другимъ яичникомъ, на видъ кажущимся нормальнымъ? Доказано, что нѣкоторыя новообразования яичниковъ особенно склонны развиваться съ обеихъ сторонъ. Такъ, мы знаемъ, что при сосочковой кистомѣ одного яичника другой яичникъ поражается или одновременно съ первымъ, или позднѣе. Мы знаемъ, далѣе, что склонностью къ двустороннему развитію обладаютъ и саркомы, а также раки. Такимъ образомъ, при этихъ опухоляхъ, удаляя одинъ яичникъ, операторъ всегда можетъ опасаться, что, хотя другой яичникъ и кажется здоровымъ, — позднѣе въ немъ разовьется такое же новообразование. Вѣрнѣе всего было-бы, конечно, въ каждомъ случаѣ подобнаго рода удалять и другой яичникъ, хотя-бы онъ и выглядывалъ вполне нормальнымъ. Этого не позволяетъ, однако, тяжесть расстройствъ, которыми сопровождается у женщинъ, не достигшихъ климактеріи, кастрація. Расстройства эти настолько омрачаютъ самочувствіе больныхъ, что возникаетъ вопросъ, не лучше-ли предпочесть имъ опасность вторичнаго образования опухоли въ оставленномъ яичникѣ и вторичной операціи.

Общепринятый нынѣ въ подобныхъ случаяхъ способъ дѣйствія таковъ: если дѣлоидеть о злокачественномъ новообразованіи одного яичника, — будетъ это саркома, или ракъ, или тератома, — то слѣдуетъ обязательно, даже и у молодыхъ субъектовъ, удалять другой яичникъ, по возможности вмѣстѣ съ маткой. Если же операторъ имѣетъ предъ собою доброкачественную, хотя и пролиферирующую опухоль одного яичника, то отношеніе его къ другому яичнику является различнымъ въ зависимости отъ анатомическаго характера опухоли. При рѣдкости двустороннихъ псевдомуцинозныхъ кистомъ, дермоидовъ, простыхъ серозныхъ кистомъ и фолликулярныхъ кистъ, въ каждомъ случаѣ этихъ опухолей другой яичникъ обыкновенно оставляется. При *kystadenoma serosum* образъ дѣйствія оператора бываетъ различенъ, въ зависимости отъ того, имѣется-ли чистая серозная кистаденома, или папиллярная. Въ первомъ случаѣ удаленіе второго, здороваго яичника является не показаннымъ. Если же у больной имѣется *kystadenoma papillare*, притомъ если сосочки пробили стѣнку кисты и очутились на поверхности опухоли, то въ подобныхъ случаяхъ одновременное пораженіе другого яичника бываетъ такъ часто, что здѣсь лучше будетъ одновременно удалять и другой яичникъ, хотя-бы онъ и выглядѣлъ здоровымъ. Особенно такого способа дѣйствій слѣдуетъ держаться у женщинъ старше 30 лѣтъ. Радикализмъ здѣсь тѣмъ болѣе умѣстенъ, что сосочковыя кистомы обнаруживаютъ особенную склонность къ раковому перерожденію, причемъ мы макроскопически зачастую не въ состояніи бываемъ рѣшить, подверглась-ли уже киста такому перерожденію, или нѣтъ. Иной способъ дѣйствія въ подобныхъ случаяхъ можетъ быть допущенъ лишь при извѣстныхъ условіяхъ. Если, напр., женщина молода или недавно замужемъ и страстно желаетъ имѣть дѣтей, то, принимая еще въ соображеніе тяжесть кастраціонныхъ устройствъ, операторъ можетъ и при сосочковой кистомѣ оставить другой яичникъ, — подъ тѣмъ, однако, непрѣмнымъ условіемъ, чтобы оперированная впоследствии находилась подъ строгимъ врачебнымъ наблюденіемъ. Овариотомія представляетъ въ настоящее время настолько безопасную операцію, что молодыя женщины въ подобныхъ случаяхъ могутъ всегда подвергнуться риску второй операціи.

## V. Пароваріальныя кисты.

Покончивъ съ вопросомъ о новообразованіяхъ яичниковъ, скажемъ нѣсколько словъ о кистахъ яичниковаго придатка (пароварія). Въ расположенномъ между листками широкой связки пароварія могутъ иногда, благодаря усиленной секреторной дѣятельности эпителия, возникать кистовидныя полости. Эти пароваріальныя кисты иногда достигаютъ значительной величины — до размѣровъ головы взрослого мушкетера<sup>1)</sup>. Соответственно положенію самого пароварія, данныя опухоли разви-

1) Въ рѣдкихъ случаяхъ пароваріальныя кисты могутъ имѣть и еще болѣе большой объемъ. Такъ, Jeanpica удалилъ однажды однолопастную кисту пароварія, которая содержала въ себѣ 23 литра жидкости. В. Г.

ваются между обоими листами широкой связки и вслѣдствіе этого по всей своей периферіи бываютъ одѣты брюшиннымъ покровомъ, который легко отдѣляется отъ собственной стѣнки кисты. Труба, какъ и при межсвязочныхъ опухоляхъ яичника, непосредственно прилежитъ къ опухоли и бываетъ сильно вытянута въ длину.

Пароваріальныя кисты почти всегда бываютъ однокамерными. Стѣнка ихъ состоитъ изъ трехъ слоевъ: наружной, согласно сказанному выше, состоитъ изъ подбрюшинной клѣтчатки и брюшины, остальные же, образующіе собственную стѣнку кисты, построены — лежащей кнаружи изъ волокнистой соединительной ткани, а лежащей кнутри изъ эпителія. Эпителий опухолевой стѣнки снабженъ мерцательными рѣсничками и состоитъ изъ низкихъ кубическихъ, рѣдко — изъ болѣе высокихъ цилиндрическихъ клѣтокъ. Эпителиальныя клѣтки обнаруживаютъ небольшую тенденцію къ пролифераціи: вдающіеся въ полость кисты сосочки наблюдаются въ пароваріальныхъ кистахъ лишь очень рѣдко. Содержимое разбираемыхъ опухолей представляетъ собою прозрачную жидкость низкаго удѣльнаго вѣса. При микроскопическомъ изслѣдованіи этой жидкости, въ ней зачастую встрѣчаютъ кристаллы холестерина.

Діагнозъ пароваріальныхъ кистъ совпадаетъ съ діагнозомъ яичниковыхъ кистъ. Отличительное распознаваніе между тѣми и другими удастся провести лишь тамъ, гдѣ возлѣ маленькой пароваріальной кисты можно бываетъ нащупать изолированно лежащее тѣло, которое по формѣ и величинѣ соответствуетъ яичнику.

Предсказаніе при пароваріальныхъ кистахъ — вполне хорошее. Въ концѣ концовъ, впрочемъ, и онѣ, не будучи удалены и достигши значительнаго объема, вызываютъ механическія разстройства.

Что касается терапіи, то, такъ какъ мы обычно не въ состояніи бываемъ отличить пароваріальную кисту отъ яичниковой, — и пароваріальныя кисты въ каждомъ случаѣ требуютъ операціи. Послѣдняя выполняется по тѣмъ же правиламъ, какія изложены выше, при описаніи оперативнаго леченія яичниковыхъ кистъ. Техника операціи здѣсь бываетъ зачастую нѣсколько труднѣе благодаря тому, что пароваріальныя кисты всегда развиваются межсвязочно.

Если пароваріальная киста удалена совершенно, — она никогда не рецидивировуетъ. Даже если, благодаря межсвязочному положенію кисты, и не удалось удалить ея вполне, а пришлось оставить на мѣстѣ часть опухолевой стѣнки, — и въ этихъ случаяхъ рецидивъ наступитъ лишь рѣдко.

## Глава XIX.

### Болезни околوماتочной клѣтчатки.

Otto Küstner'a.

Анатомія. — Клѣтчатка выполняетъ всѣ пространства въ маломъ тазу, не занятые другими органами. Тѣ отдѣлы ея, которые лежатъ по бокамъ матки, между листками широкихъ связокъ, простираясь кнутри до матки и рукава, кнаружи до *fascia pelvis*, а сверху до яйцепроводовъ, — носятъ названіе параметривъ. Параметральная клѣтчатка кзади сливается съ парапроктальной, спереди съ паравезикальной, далѣе — съ тою клѣтчаткой, которая лежитъ между пузыремъ и шейкой съ одной стороны и рукавомъ и *rectum* — съ другою, наконецъ, съ той клѣтчаткой, которая лежитъ спереди отъ пузыря, между нимъ и симфизомъ, и позади *rectum*, между нею и крестцомъ. Кверху тазовая клѣтчатка имѣетъ своимъ непосредственнымъ продолженіемъ подбрюшинныя соединительно-тканный слои, т. е., стало быть, клѣтчатку, идущую сзади вдоль позвоночника, а спереди и съ боковъ — вдоль брюшныхъ стѣнокъ. Съ жиромъ, выполняющимъ *sacrum ischio-rectale*, тазовая клѣтчатка сообщается лишь черезъ небольшія отверстія, расположенныя по обѣ стороны *m. levatoris ani*, между нимъ и *m. ischio-coccygeus*. Сообщеніе съ клѣтчаткой нижней конечности имѣетъ мѣсто подъ бедренной дугой, по ходу большихъ бедренныхъ сосудовъ, далѣе, черезъ *apertura ischiadica major*, гдѣ клѣтчатка сопровождаетъ *vasa glutea*, наконецъ, по ходу круглой маточной связки и подъ *lig. tuberoso-sacrum*.

Заслуживаетъ вниманія то обстоятельство, что тазовая клѣтчатка въ различныхъ мѣстахъ имѣетъ различную плотность. Весьма плотная соединительная ткань заложена въ основаніяхъ широкихъ связокъ, гдѣ входятъ въ матку *vasa uterina* (*ligg. cardinalia*); здѣсь же находятся, кромѣ того, мощныя пучки гладкой мускулатуры. Тотъ же характеръ носитъ соединительная ткань въ основаніяхъ *Douglas'овыхъ* связокъ. Напротивъ, клѣтчатка отличается рыхлостью въ верхнихъ отдѣлахъ широкихъ связокъ, подъ трубами; весьма рыхлая соединительная ткань расположена также между пузыремъ и симфизомъ, а равно между прямой кишкой и крестцомъ.

Кровоизліянія въ тазовую клѣтчатку нерѣдко происходятъ послѣ поврежденій шейки, послѣ разрывовъ ея при родахъ, а также послѣ разрывовъ беременной трубы. Независимо отъ этихъ причинъ, кровоизліянія могутъ произойти, благодаря паденію, толчку, удару обѣ острыя предмета, пришедшему на область рукава и вульвы, далѣе, благодаря насильственному половому акту, особенно у дѣвочекъ и старухъ, наконецъ, благодаря операціямъ на рукавъ или шейкѣ, т. е., стало быть, благодаря поврежденіямъ сосѣднихъ органовъ. Безъ такихъ поврежденій подбрюшинныя гѣматомы возникаютъ необыкновенно рѣдко; для возникновенія ихъ необходимо, чтобы какой-нибудь инсультъ подѣйствовала въ части, богатыя сосудами, т. е. съ одной стороны, на широкия связки и своды рукава, съ другой — на преддверіе и нижнія части влагалища. При поврежденіи первыхъ возникаютъ гѣматомы, расположенныя выше тазовой диафрагмы, при поврежденіи вторыхъ — лежащія ниже послѣдней (см. главы IV и VI).

Припадки при гѣматомахъ широкихъ связокъ тѣ же, какіе наблюдаются при всякомъ болѣе значительномъ внутреннемъ кровоизліяніи, — рѣзкая боль, обморокъ, симптомы внезапно наступающей анеміи.

При распознаваніи слѣдуетъ имѣть въ виду возможность смѣшенія съ *haematocoele*. Для отличія важныя указанія даютъ уже анамнезъ. Рѣзкое боковое положеніе говоритъ въ общемъ за гѣматому.

Необходимо, однако, подчеркнуть то обстоятельство, что особенно в прежнее время заматочные кровяные опухоли с боковым положением зачастую принимались за гематомы (напр. Купомъ), да и в настоящее время, когда внутрисвязочные гематомы диагностируются чаще, такое смѣшение иногда имѣет мѣсто (Rosthorn). Подобное смѣшение объясняется тѣмъ, что скопление крови между листками широкой связки сильно оттѣсняет ихъ другъ отъ друга и настолько выпячиваетъ задній листокъ къзади отъ матки, что Douglas'овъ карманъ представляется совершенно выполненнымъ.

Послѣ рассасыванія связочной гематомы матка вновь становится вполне подвижною, тогда какъ послѣ рассасыванія гематомы она всегда остается фиксированною. Въ большинствѣ случаевъ процессъ рассасыванія связочныхъ гематомъ идетъ чрезвычайно медленно.

Лечение внутрисвязочныхъ гематомъ должно быть выжидательное; лишь при лихорадкѣ и нагноеніи гематомы слѣдуетъ прибѣгнуть къ разрыву, конечно, со стороны рывава.

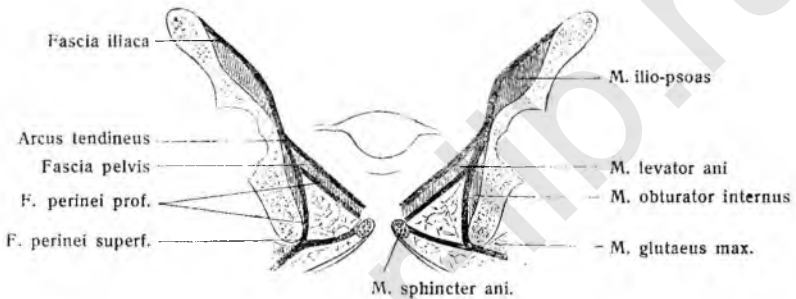


Рис. 248. Фронтальный разрывъ черезъ малый тазъ для демонстраціи газовыхъ мышцъ и фасцій. Матка, начало трубъ, влагалищная часть и наружный зѣвъ изображены тонкими штрихами. Между fascia perinei superficialis и profunda лежитъ *sacrum ischio-rectale*, между fascia pelvis, маткой и верхнимъ отрѣзкомъ влагалища — параметрій.

**Воспаленіе околоматочной клетчатки.** Анатомія. — При острой формѣ параметрита, въ первомъ періодѣ заболѣванія на главный планъ выступаетъ лимфатическій тромбозъ, наполненіе четкообразно расширенныхъ лимфатическихъ сосудовъ гноемъ, т. е. лейкоцитами и пирогенными микробами. Окружающая лимфатическіе сосуды ткань отечна, въ венахъ — явленія свертыванія крови. Если вызвавшее болѣзнь заразное начало обладаетъ высокою степенью вирулентности, если весь организмъ наводненъ возбудителями воспаленія и ихъ токсинами, то уже при этихъ мѣстныхъ явленіяхъ можетъ наступить смерть. Обычно, однако, къ нимъ присоединяется общій или мѣстный гнойный перитонитъ съ фибринозными отложениями на тазовыхъ органахъ. Большіе железистые органы, какъ печень, селезенка и почки, а также сердечная мышца, обыкновенно подвергаются паренхиматозному перерожденію.

Если заболѣваніе въ этой стадіи не окончится смертью, то въ параметріяхъ разыгрываются дальнѣйшія измѣненія, и дѣло доходитъ до гнойнаго пропитыванія клетчатки. Нагноеніе можетъ ограничиться только параметріями, но можетъ захватить и другіе отдѣлы клетчатки малаго таза и сосѣднихъ областей. Спереди оно можетъ распространиться на околопузырную клетчатку, сзади — на параректальную, сверху — на подбрюшинную; далѣе, оно можетъ пойти по брюшнымъ стѣнкамъ, по влагалищу *m. psoatis*, можетъ, наконецъ, вдоль позвоночника добраться до околопочечной клетчатки.

Одновременно съ нагноеніемъ въ параметріяхъ идетъ тромбозъ проходящихъ здѣсь венъ. Этотъ процессъ можетъ ограничиться вѣтвями *v. hypogastricae* и *spermaticae internae*, но можетъ принять и болѣе широкіе размѣры, такъ что въ концѣ концовъ дѣло можетъ дойти до закупорки *v. iliaca interna*, затѣмъ, *v. iliaca communis* и *v. cruralis*; при болѣе продолжительномъ теченіи болѣзни тромбы могутъ достигнуть нижней полой вены, перейти черезъ мѣсто ея раздвоенія и появиться въ *v. iliaca communis* другой стороны. Отношеніе между распространеніемъ тромботического процесса и нагноенія отнюдь не является постояннымъ.

Иногда при обильном экссудате образование тромбов может быть выражено очень слабо; иногда, наоборот, тромбозирование может играть господствующую роль, между тем как образование экссудата может почти отсутствовать. Равным образом существенные различия могут представлять и заразность тромбов. Наконец, в некоторых случаях большие тромбы в области маточных вен (*vv. uterinae*) могут существовать уже до инфекции, ведя свое начало со времени одной из беременностей.

При обильных гнойных параметритах брюшина обыкновенно принимает участие в воспалении, по крайней мере соседние с параметриями ее отделы, причем результатом этого участия является или гнойный перитонит, или, по меньшей мере, адгезивный процесс.

Являющиеся последствием тромбозов вторичные процессы состоят в отеке пораженных частей, — отек, который при закупорке *v. civalis* является в форме так называемой *phlegmasia alba dolens*, — и эмболиях, местом которых чаще всего бывают легкия, затем селезенка и др. органы.

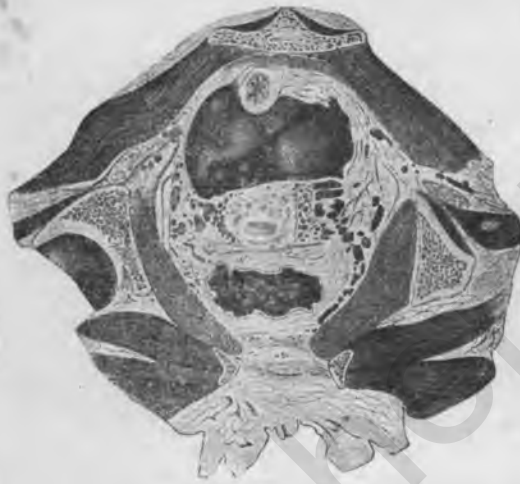


Рис. 249. Поперечный разрез через таз для демонстрации параметриев. Матка перебрана приблизительно на высоту внутреннего зва. Сверху виден крестец, снизу — нисходящая ветвь лонных костей, слева — *acetabulum*, справа — нисходящая ветвь сѣдалищной кости, кругом — поперечно-полосатая мускулатура таза. В тазу можно видеть внизу открытый шунзь, вверху — *rectum*, в срединѣ матку. Между маткою и прямой кишкой открывается задний *Douglas*'ов карманъ, в которомъ справа замѣтно ретрофлексированное тѣло матки. По бокамъ отъ перебранной матки лежатъ широко открытые параметрии съ сильно расширенными сосудами (по *Rosthorn*'у, в *Handb. der Gynaek. Veit*). Параметрии на этомъ рисункѣ представляются столь широкими потому, что, благодаря ретрофлексии матки, они перебраны вкось.

Если гной пробьет себѣ дорогу или будетъ выпущенъ искусственно, то послѣ него остаются пустоты, которыя постепенно выполняются рубцовой соединительной тканью; сморщивание послѣдней ведетъ обыкновенно къ смѣщенію соседнихъ органовъ, именно половыхъ частей и кишекъ, которыя раньше были отѣснены въ сторону, противоположную той, гдѣ былъ параметритъ, — въ обратномъ направленіи.

При параметритахъ, съ самаго начала протекающихъ хронически, безъ образования экссудатовъ (*parametritis atrophicans Freund*, *parametritis posterior Schultze*), вѣ околomatочной клѣтчаткѣ, особенно вѣ области *ligg. cardinalia*, наблюдается развитие омокзлѣлыхъ, рубцовыхъ частей, которыя большею частью продолжаются вѣ *ligg. Douglasii*, а иногда также вѣ паравезикальную клѣтчатку. Весьма часто подобныя омокзлѣлыя части образуются вѣ тѣхъ мѣстахъ параметриевъ, которыя лежатъ по сосѣдству съ хронически воспаленными и приращенными къ заднему листку широкой связки маточными придатками.

Этіологія. — Какъ ни естественно казалось-бы — указанную выше значительную разницу вѣ теченіи параметрита объяснить разницею вѣ натурѣ инфицирующаго начала, т. е. вызывающихъ данное заболѣваніе микробовъ, однако какъ наблюдения надъ аналогичными заболѣваніями вѣ другихъ частяхъ одноклѣтчаткаго тѣла, такъ особенно и результаты изслѣдованій *Wimm*'а, *Rosthorn*а и др. авторовъ — свидѣтельствуютъ, что во всѣхъ случаяхъ параметрита причина болѣзни кроется вѣ одной и той же инфекціи клѣтчатки гноеродными микроорганизмами. При этомъ относительно рѣдко вѣ качествѣ возбудителя инфекціи является гноеродный гроздекоккъ, а чаще — гноеродный цѣпеккоккъ.

Огромная же разница, какую представляетъ какъ анатомическая, такъ и клиническая картина параметрита, зависитъ, прежде всего, отъ разницы вѣ коли-



чествѣ и вирулентности проникшихъ въ клѣтчатку стрептококковъ, далѣе — отъ разницы въ тѣхъ путяхъ, которыми они проникаютъ въ послѣднюю, и, наконецъ, отъ разницы въ тѣхъ отношеніяхъ тканей, какія имѣютъ мѣсто въ различныхъ отдѣлахъ параметріевъ.

Въ качествѣ путей для внѣдренія микробовъ служатъ при параметритѣ поверхности органовъ, сосѣднихъ съ параметріями, т. е. полового тракта, прямой кишки, иногда мочевого пузыря. При этомъ указанные органы должны или представлять раненія, или, — что, впрочемъ, для матки все равно, — находиться въ пуэрперальномъ состояніи, или, во всякомъ случаѣ, быть такъ или иначе поврежденными. Такимъ образомъ, напримѣръ, слизистая оболочка recti можетъ служить мѣстомъ проникновенія кишечныхъ микробовъ въ томъ случаѣ, если она повреждена длительнымъ копростазомъ, благодаря которому на ней образовались мельчайшія раненія; чрезъ неповрежденную же мукозу recti микробы, какъ показали изслѣдованія Neisser'a, Opitz'a и др. проникнуть не въ состояніи.

Rosthorn, между прочимъ, допускаетъ возможность для микробовъ быть занесенными въ параметріи по кровеноснымъ сосудамъ изъ скоплений, находящихся въ другихъ мѣстахъ организма, но при томъ условіи, если организмъ потерпѣлъ какое-либо поврежденіе (травма, пуэрперія и т. п.).

Чаще всего, однако, поводы къ занесенію инфекции въ параметріи даетъ родовая актъ, причемъ мѣстами проникновенія микробовъ являются надрывы шейки, поврежденія рукава, промежности etc. Впрочемъ для возникновенія заболѣванія указанныя поврежденія отнюдь не необходимы, — для этого вполне достаточно и нормально бывающаго при каждыхъ родахъ раненія внутренней поверхности матки; иначе говоря, достаточно внесенія вирулентныхъ микробовъ въ genitalia всякой роженицы, чтобы и безъ всякаго особеннаго поврежденія произошло ея зараженіе и послѣдовательное заболѣваніе околomatочной клѣтчатки.



Рис. 250. Parametritis anterior (параметритическій нарывъ послѣродового происхожденія, расположенный спереди отъ пузыря). Матка видна спереди; справа и слѣва отъ нея расположены трубы; внизу отчетливо замѣтенъ наружный зѣвъ, справа и слѣва отъ него лежатъ половинны пузыри. Между этими послѣдними, маточнымъ зѣвомъ и покрытымъ гладкою брюшиною маточнымъ тѣломъ находится вскрытая полость нарыва съ неровными стѣнками. (По Rosthorn'y, Handb. d. Gynaek. Veit'a).

Весьма нерѣдко моментами, обуславливающими развитіе параметрита, являются, далѣе, гинекологическія операціи и діагностическіе акты, производимые безъ соблюденія надлежащихъ антисептическихъ предосторожностей, — зондированіе матки, расширеніе шеечнаго канала, выскабливаніе, операціи на portio vaginalis и на рукавѣ. Инеродными тѣла въ рукавѣ, узурируя влагалищныя стѣнки, могутъ давать тотъ же эффектъ.

Равнымъ образомъ и менѣе бросающіеся въ глаза моменты могутъ способствовать возникновенію параметрита, — простуда во время мѣсячныхъ, запоры, циститъ, воспалительныя заболѣванія костей и суставовъ таза. Первые три момента обычно ведутъ, повидимому, къ хроническимъ, безъ значительной инфильтраціи и безъ образованія экссудата протекающимъ формамъ параметрита.

Нерѣдко исходными пунктами для воспаленія тазовой клѣтчатки служатъ распадающіяся опухоли матки и рукава, особенно міомы. Также и мелкоклѣточ-

ковая инфильтрація, встрѣчающаяся въ параметріяхъ при запущенныхъ ракахъ матки, можетъ отчасти быть воспалительнаго, а не неопластическаго характера.

Иногда аппендицитъ ведетъ къ подбрюшинной флегмонѣ, которая распространяется на тазовую клѣтчатку.

Весьма рѣдко наблюдающійся у женщинъ актиномикозъ тазовыхъ органовъ локализуется обычно въ субсерозной ткани.

Наконецъ, имѣя въ виду наблюденія Wertheim'a надъ способностью гонококковъ глубоко проникать въ ткани, нельзя исключить возможности возникновения параметрита и этимъ путемъ. Правда, случаи такого параметрита очень рѣдки; зато нерѣдко параметритъ является осложненіемъ гонорройнаго сальпингита.

**Течение.** — Острая параметральная инфекция можетъ быстро привести больную къ смерти, но можетъ также обусловить длительный, сложный процессъ, исходомъ котораго можетъ быть выздоровленіе.

Въ первомъ случаѣ воспаленіе уже чрезъ короткое время переходитъ на брюшину. При наличности перитонита съ его болѣзненностью, вздутиемъ живота, рвотой и пр., явления самого параметрита отступаютъ на задній планъ. Температура въ этихъ случаяхъ быстро поднимается, но можетъ также держаться на умѣренной высотѣ, за то сердечная дѣятельность быстро ухудшается, пульсъ дѣлается чрезвычайно частымъ и малымъ. Чрезъ нѣсколько дней заболѣваніе оканчивается смертью при явленияхъ тяжелой интоксикаціи организма. Протекающій такимъ образомъ процессъ извѣстенъ подъ названіемъ острой септической прогрессирующей флегмоны или, если онъ развивается послѣ родовъ, — лимфатической формы родильной горячки.

Въ случаяхъ второго рода обычно нѣсколько позже развивается, начинаясь лихорадкой, при ослабленной или хорошей дѣятельности сердца, гнойный экссудатъ въ тазовой клѣтчаткѣ, причемъ параметрии становятся ясно болѣзненными, явления же перитонита бывають выражены слабо или совершенно отступаютъ на задній планъ (острая септическая флегмона съ склонностью къ нагноенію тазовой клѣтчатки, флеботромботическая или піэмическая форма родильной горячки, — если процессъ разыгрывается послѣ родовъ).



Рис. 251. Горизонтальный разрѣзъ черезъ тазъ съ распространеннымъ гнойнымъ воспаленіемъ тазовой клѣтчатки — вѣроятно, параметральнаго происхожденія. Прямая кишка попала въ разрѣзъ 3 раза, матка — однажды, пузырь — также однажды, въ области верхушки. Между пузырями, переднюю и правую тазовыми стѣнками — большая, шелеобразная гнойниковая полость. Въ остальныхъ мѣстахъ вся тазовая клѣтчатка превращена въ плотную мозолистую массу, среди которой видны поперечные срѣзы сосудовъ.  
По Rosthorny.

Лихорадка рано принимаетъ при этой формѣ ремиттирующій или, вскорѣ затѣмъ, интермиттирующій характеръ. Значительныя повышенія температуры предшествуютъ обычно потрясающимъ знобамъ. Въ заключеніе болѣзни наступаетъ прорывъ гноя или медленное рассасываніе экссудата и выздоровленіе, или же экссудатъ распространяется дальше и, послѣ продолжительнаго теченія, наступаетъ смертельный исходъ. При такомъ продолжительномъ теченіи картина болѣзни осложняется эмболическими процессами въ легкихъ и другихъ органахъ. Нагноенія суставовъ и сухожильныхъ влагалищъ, образование экссудатовъ въ плеврѣ — таковы явленія, которыя зачастую дополняютъ картину піэміи.

Обѣ описанныя формы въ началѣ болѣзни зачастую не могутъ быть рѣдко отграничены другъ отъ друга, — нерѣдко процессъ, начинающійся подъ видомъ тяжелой лимфатической септицеміи съ перитонитомъ, въ дальнѣйшемъ теченіи принимаетъ піэмическій характеръ.

Что касается собственно гнойнаго экссудата тазовой клѣтчатки, то мѣсто его первоначальнаго развитія является различнымъ въ зависимости отъ мѣста зараженія. Первично

въ основаніи широкихъ связокъ располагающіеся эксудаты бывають обязаны своимъ происхожденіемъ инфекціи маточной шейки, при инфекціи же маточнаго тѣла эксудатъ располагается между листками широкой связки. Эксудаты перваго рода имѣють наклонность распространяться кзади, въ области малаго таза, эксудаты же втораго рода — кпереди и кверху, на подвздошныя впадины.

Если шейка подверглась инфекціи въ задней своей части, то эксудатъ развивается болѣе ретроцервикально, въ противномъ же случаѣ онъ образуется кпереди отъ шейки. Инфекціи мочевого пузыря ведутъ къ образованію эксудатовъ въ окрестности его или въ *cavum praevesicale Retzii*.

Эксудатъ представляетъ вначалѣ плотную, неподвижно спаивающую съ инфицированнымъ органомъ массу. Обычно при этомъ наблюдается болѣзненность. Постепенно, однако, консистенція эксудата размягчается, и въ немъ появляется флюктуація, выраженная тѣмъ болѣе, чѣмъ ближе эксудатъ лежитъ къ поверхности. Если въ это время не послѣдуетъ хирургическаго вмѣшательства, то гной пробиваетъ себѣ дорогу наружу. При этомъ высоко лежащіе эксудаты, которые распространяются вдоль подвздошной впадины, вскрываются преимущественно надъ Pouch'овой связкой, глубоко же въ тазу лежащіе, развившіеся въ основаніи широкой связки, — въ прямую кишку. Равнымъ образомъ эксудаты послѣдняго рода, особенно тѣ, исходнымъ пунктомъ развитія которыхъ послужили разрывы шейки, могутъ вскрываться въ полость цервикальнаго канала и рукава. Паравезикальные эксудаты вскрываются обыкновенно въ пузырь.



Рис. 252. Параметритическій пуэрперальный эксудатъ (лѣно сторонній). Внутреннія половыя части представлены спереди; пузырь разрѣзанъ на 2 половины; влагалище вскрыто простымъ сагиттальнымъ разрѣзомъ, матка — крестообразнымъ. Справа придатки и параметріи нормальны, слѣва въ параметріи объемистая, съ изрытыми стѣнками, окруженная мозолистой массой, гнойниковая полость. Наблюденіе и рисунокъ Rosthorn'a.

Болѣе рѣдкими, атипическими мѣстами вскрытія эксудатовъ являются: *regio glutea* — въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ гной пробилъ себѣ путь черезъ большую сѣдалищную вырѣзку, заднепроходная и промежностная области — въ случаяхъ, когда гнойникъ распространился на *cavum ischio-rectale*, и область приводящихъ мышцъ бедра — если гной проникнетъ черезъ *foramen obturatum*.

Самопроизвольно образовавшіяся отверстія для выхода гноя зачастую бывають малы и недостаточны для того, чтобы черезъ нихъ

могла опорожниться вся гнойниковая полость, съ ея углубленіями и пазухами. Гной можетъ вторично скопиться въ ней и прорваться въ другомъ мѣстѣ. Иногда проходятъ мѣсяцы, даже годы, прежде чѣмъ, наконецъ, полость эта заростетъ, и гной изъ нея перестанетъ выдѣляться. За это время, вслѣдствіе постоянной лихорадки и нагноенія, больная можетъ исхудать, какъ скелетъ, менструація у ней прекращается, матка атрофируется, и необходимо продолжительное время, чтобы пациентка совершенно оправилась. Послѣдствіями гнойнаго процесса у ней остаются омолодѣлыя мѣста, рубцы и сращения, ведущія къ смѣщеніямъ тазовыхъ органовъ со свойственными имъ припадками.

Особое мѣсто занимають флегмоны превезикальнаго пространства. Онѣ являються или результатомъ распространенія воспалительнаго процесса изъ другихъ отдѣловъ тазовой кѣлѣчатки, или, еще чаще, послѣдствіями поврежденій и воспаленій пузыри, напр. послѣ высокаго камнеуъченія и лапаротомій. Эти флегмоны даютъ особенно неблагоприятное предсказаніе (50 % смертности по Нопселлю).

Діагнозъ разбираемаго заболѣванія можетъ быть легокъ, но можетъ быть и весьма труденъ, если предъявлять въ этомъ отношеніи слишкомъ высокія требованія.

Картина, получающаяся при изслѣдованіи путемъ пальпаціи, можетъ вести къ ошибкамъ; не слѣдуетъ забывать, что многія пораженія, признаваемые въ настоящее время за острый или хроническій сальпингитъ, оофоритъ, сальпинго-оофоритъ, періоофоритъ и перисальпингитъ, прежде принимались за параметритическія.

Однако, если многіе изъ этихъ, въ сосѣдствѣ съ маткой протекающихъ, воспалительныхъ процессовъ могутъ комбинироваться между собою, и каждый изъ нихъ обычно бываетъ осложненъ болѣе или менѣе значительнымъ тазовымъ перитонитомъ, то отсюда вовсе еще не слѣдуетъ, чтобы мы должны были отказываться отъ точнаго діагноза. Какой-нибудь одинъ изъ органовъ всегда бываетъ болѣе другихъ пораженъ, и этотъ-то органъ даетъ имя всему заболѣванію.

Что, кромѣ гнойниковъ въ параметріяхъ, гнойныя скопленія, притомъ объемистыя, встрѣчаются и въ трубахъ, — на это обстоятельство впервые обратилъ вниманіе Nöggæath, въ 50-хъ годахъ прошлаго столѣтія. Практическія послѣдствія изъ этого обстоятельства были, однако, впервые извлечены французскими гинекологами — Рёапомъ, Сегопдомъ и др., введенное которыми хирургическое лечение указанныхъ заболѣваній выяснило анатомическія особенности послѣднихъ. При этомъ, сгнаннымъ образомъ, съ дальнѣйшимъ развитіемъ хирургіи гнойныхъ заболѣваній маточныхъ придатковъ была допущена извѣстная небрежность въ анатомическомъ ихъ обозначеніи: хирургическое лечение какъ гнойныхъ скопленій въ

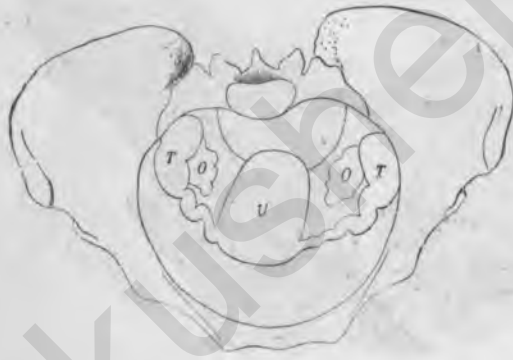


Рис. 253. Картина, которую даетъ пальпація при хроническомъ сальпинго-оофоритѣ.  
Т Т — трубы, О О — яичники, U — матка.

придаткахъ, такъ и параметральныхъ нагноеній стало одинаково обозначаться названіемъ оперативнаго леченія „тазовыхъ нагноеній“.

Противъ этой неправильности нельзя достаточно энергично протестовать. Громадная разница, имѣется нагноеніе въ параметріяхъ, или въ трубѣ: въ первомъ случаѣ гной находится въ соединительной ткани, во второмъ — внутри органа, высланнаго слизистой оболочкой; въ первомъ случаѣ мы имѣемъ дѣло съ абсцессомъ, во второмъ — съ эмпіемой. Несмотря на эту разницу, многіе гинекологи втеченіи нѣсколькихъ десятилѣтій безразлично пользуются, для обозначенія обоихъ названныхъ заболѣваній, выраженіемъ „тазовыя нагноенія“. Между тѣмъ отличать нагноенія въ тазовой кльтчаткѣ отъ трубныхъ скопленій гноя крайне необходимо — главнымъ образомъ для выработки правильнаго лечебнаго плана.

Изъ сказаннаго ясно, что, для постановки діагноза, наряду съ пальпаціей большое значеніе имѣютъ — анамнезъ и, въ случаѣ нужды, бактериологическое изслѣдованіе маточнаго секрета. Особенно слѣдуетъ это имѣть въ виду при установкѣ отличительнаго распознаванія между параметритомъ и гонорройнымъ сальпингитомъ resp. сальпинго-оофоритомъ. Если исходною точкою процесса было точно извѣстное или предполагаемое поврежденіе, считая въ томъ числѣ и операционныя поврежденія, — то это говорить больше за параметритическій экссудатъ; если же анамнезъ больной указываетъ на бывшее зараженіе гонорреей, а въ маточномъ секретѣ можно доказать присутствіе гонококковъ, то заболѣваніе представляетъ собою, по всей вѣроятности, гонорройный сальпингитъ. Если, далѣе, заболѣваніе началось послѣ родовъ или аборта, и бактериологическое изслѣдованіе маточнаго секрета дало отрицательные результаты, то можно иногда бываетъ получить гной со специфическими микробами resp. гонококками путемъ пробной пункции чрезъ сводъ. Остается и этотъ діагностическій методъ безъ положительныхъ результатовъ, — тогда при ощупываніи нужно имѣть въ виду слѣдующіе отличительные признаки:

Параметритическій экссудатъ бываетъ въ большинствѣ случаевъ одностороннимъ, лежитъ чаще глубоко сбоку отъ шейки, представляется плоскимъ, латерально распространяется до самой стѣнки таза, совершенно неподвиженъ, на периферіи контурируется нерѣзко. Гонорройный сальпингитъ обыкновенно бываетъ двухстороннимъ, хотя на одной сторонѣ и представляется нерѣдко менѣе выраженнымъ, чѣмъ на другой; у угловъ матки при этой болѣзни можно бываетъ прощупывать утолщенныя перешейковыя части трубъ; форма сальпингитическихъ опухолей кругловатая; границы, особенно сверху, выражены довольно отчетливо; лежатъ эти опухоли нерѣдко въ зад-

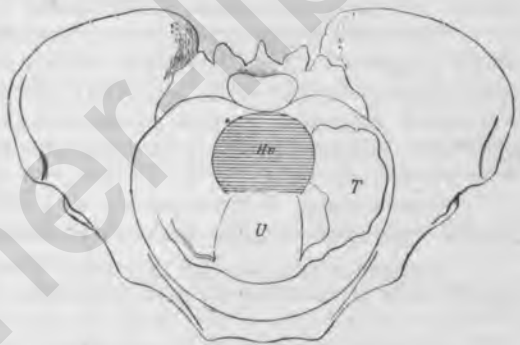


Рис. 254. Картина, которую даетъ пальпація при haematocoele retrouterina (скопленіе крови въ заднемъ Douglas'овомъ карманѣ, развившееся на почвѣ лѣвосторонней трубной беременности (Т). Кровяная опухоль (Hc) изображена заштрихованною, спереди отъ нея — матка (U).

немъ сводѣ, причеиъ зачастую являются подвижными, хотя иногда и весьма незначительно. Аналогичную картину даетъ пальпация и при нагноеніи яичниковъ.

Параметритическіе экссудаты, лежащіе позади шейки, бываютъ обыкновенно плоски и нетолсты, распространяются по обѣ стороны въ Douglas'овы складки. Отъ внутрибрюшинныхъ, осумкованныхъ излияній, а равно и отъ лежащихъ въ заднемъ Douglas'овомъ карманѣ, наполненныхъ жидкостью органовъ (sactosalpinx, яичниковый абсцессъ) — отличить ихъ легко: послѣдніе лежатъ непосредственно надъ заднимъ сводомъ, выпячиваютъ его въ просвѣтъ рукава, флюктуируютъ. За то трудно, а иногда и прямо невозможно бываетъ отличить ихъ отъ врожденныхъ къ Douglas'овымъ складкамъ, хронически воспаленныхъ, но неособенно увеличенныхъ придатковъ (трубы и особенно яичниковъ) (см. ниже о хроническомъ параметритѣ).

Экссудаты, развивающіеся на почвѣ инфекціонныхъ процессовъ въ верхней ректальной области, напр., при распадающихся ракахъ, могутъ въ отдѣльныхъ случаяхъ чрезвычайно походить на выпоты, исходящіе изъ половой сферы, — тѣмъ болѣе, что они также лежатъ въ тазовой клѣтчаткѣ.

Отличить параметритъ отъ перитифлита можно, основаясь главнымъ образомъ на анамнезѣ и теченіи болѣзни: перитифлитическіе экссудаты располагаются обычно очень высоко, въ области подвздошной впадины, иногда выше и позади ея, а иногда даже надъ правымъ подвздошнымъ гребешкомъ, хотя возможно и смѣщеніе ихъ въ малый тазъ.

Флюктуация, болѣзненность и лихорадка при экссудатахъ не даютъ никакихъ точекъ для опоры дифференціального діагноза.

Превезикальная флегмона (флегмона Retzi'eva пространства), при своемъ дальнѣйшемъ распространеніи надъ симфизомъ, даетъ обыкновенно припухлости, лежащія по средней линіи, рѣдко

— сбоку; со стороны пупка припухлости эти имѣютъ выпуклую форму, съ боковъ рѣдко распространяются за края прямыхъ мышцъ.

Если въ тазу опредѣляется воспалительная припухлость, то для распознаванія, содержится въ ней гной, или нѣтъ, — можетъ служить сосчитываніе лейкоцитовъ по C u r s c h m a n n'у. Если число послѣднихъ въ крови превышаетъ 15.000 на кубическій миллиметръ, и это число держится продолжительное время, то можно думать, что у больной есть гнойникъ. Наблюденія Martin'a и Carmichael'я подтверждаютъ діагностическое значеніе этого способа, мои же наблюденія и наблюденія нѣко-



Рис. 255. Картина, которую даетъ пальпация при двустороннемъ остромъ сальпингитѣ. ТТ — трубы, О — яичникъ, U — матка.

торыхъ другихъ гинекологовъ говорятъ противъ послѣдняго.

Леченіе. — Въ начальной стадіи параметритъ слѣдуетъ лечить, какъ и всякій другой воспалительный процессъ, примѣняя покой въ постели, ледъ на животъ и, при явленіяхъ перитонита, опій. Если ледъ почему-либо не переносится,

— его можно замѣнить согрѣвающимъ Priessnitz'евскимъ компрессомъ, особенно умѣстнымъ тогда, когда у больной замѣчено образованіе гнойнаго пропитыванія. Согрѣвающей компрессъ можетъ быть замѣненъ грѣлкой. Общее леченіе должно быть чисто-симптоматическое: легкая діета, забота о правильномъ стулѣ, — если нѣтъ перитонита, при помощи клизмъ, въ случаѣ нужды катетеризація пузыря; жаропонижающихъ и алкоголя слѣдуетъ избѣгать.

Отъ примѣненія въ первой, острой стадіи болѣзни разсасывающихъ средствъ, каковы ванны, втиранія etc., я считаю нужнымъ настоятельно предостеречь. Насколько эти средства полезны при хроническихъ формахъ или по окончаніи нагноительнаго процесса, настолько же мало приносятъ они пользы вскорѣ послѣ возникновенія болѣзни. Ванны, благодаря сопряженнымъ съ ними движеніямъ тѣла больной, въ острой стадіи являются даже прямо вредными; то же слѣдуетъ сказать и о втираніяхъ, а также о влагалищныхъ тампонахъ, примѣненіе которыхъ всегда сопровождается извѣстнымъ механическимъ инсультомъ.

Когда наступило нагноеніе, то леченіе можно вести двояко: или можно выждать, пока абсцессъ не созреетъ, не образуется значительнаго скопленія гноя, и гной не станетъ выпячивать ближайшую поверхность, — и тогда вскрыть гнойникъ, или къ этому можно прибѣгнуть раньше.

Первый способъ — старѣйшій, второй рекомендованъ, между прочимъ, Fritsch'емъ и мною. Преимущество стараго способа заключается въ томъ, что при немъ послѣ разрѣза быстро наступаетъ заживленіе полости гнойника, и самый разрѣзъ представляетъ собой лишь маленькую операцію, невыгодная же сторона этого способа состоитъ въ томъ, что при немъ зачастую приходится долго медлить съ оперативнымъ вмѣшательствомъ. Новый способъ выгоденъ въ томъ отношеніи, что онъ значительно укорачиваетъ теченіе болѣзни, невыгоденъ тѣмъ, что при немъ съ трудомъ отыскивается скопленіе гноя. Притомъ же и надежда на сокращеніе срока болѣзни при этомъ способѣ не всегда оправдывается, — иногда послѣ разрѣза нагноеніе возобновляется и тянется очень долго. Зависитъ это оттого, что послѣ разрѣза вирулентность микробовъ можетъ вновь усиливаться, и они вызываютъ новый нагноительный процессъ.

Разрѣзъ отчетливо выраженаго гнойника производится или со стороны подчревной области, или со стороны рукава, а въ подходящихъ случаяхъ — также со стороны внутренней поверхности бедра или regio glutaea. Разрѣзъ долженъ быть достаточно широкъ. Промывать полость вскрытаго гнойника нѣтъ нужды, а если желаютъ сдѣлать это, то употребляютъ для промыванія лишь стерильную воду или какой-нибудь неядовитый дезинфицирующий растворъ, напр., борный. Рану слѣдуетъ вплоть до полного заживленія полости нарыва держать открытой, вставляя въ ней постепенно укорачиваемые резиновые дренажи. При вскрытіи нарыва со стороны брюшныхъ стѣнокъ, иногда бываетъ умѣстно сдѣлать противоотверстіе въ рукавъ; послѣднее дѣлается или ножомъ, по зонду, или стѣнка рукава просто протыкается длиннымъ корнцангомъ, введеннымъ со стороны брюшнаго разрѣза.

Если желаютъ примѣнить второй способъ леченія, т. е. разрѣзать гнойникъ раньше, чѣмъ обнаружится флюктуація, то для разрѣза выбираютъ такое мѣсто, гдѣ, судя по локализациіи заболѣванія, раньше всего можно ожидать скопленія гноя. Такимъ образомъ разрѣзъ здѣсь проводится или со стороны брюшныхъ стѣнокъ, непосредственно надъ Poupart'овой связкой, параллельно краю послѣдней, или со стороны одного изъ влагалищныхъ сводовъ — передняго, задняго или боковыхъ. Въ первомъ случаѣ поступаютъ такъ же, какъ при перевязкѣ а. iliacae externae, т. е., перевязавъ въ случаѣ нужды, а. epigastricam, отдѣляютъ наружную и внутрен-

нюю косая мышца и проникают в глубину непосредственно под брюшиной. При разрыве со стороны боковых сводов, который надо производить отнюдь не стягивая влагалищную часть, а самое большее — отводя ее в сторону, нередко наступает сильное кровотечение вследствие перерезки нижней вены а. uterinae: рана здесь не всегда бывает настолько велика, чтобы свободный отток гноя был вполне обеспечен: в подобных случаях я иногда прибегал к резекции шейки, а если этого оказывается недостаточно, то можно произвести и полную экстирпацию матки (castration uterine по Réan-Segond'y).

Менее заслуживает рекомендации, при глубоко в тазу лежащих экссудатах, поперечное разделение промежности или боковой разрыв возле последней, через который затеком проникают вглубь или между рукавом и прямой кишкой, или вдоль боковой стенки влагалища (Negat, Säpger); разрыв со стороны рукава всегда более коротким путем ведет к экссудату, хотя иногда промежностный разрыв облегчает за то последующее заживление гнойника.

Чтобы сократить время последовательного нагноения после разрыва, полезно применять лейкоферментин Müllега. Его впрыскивают несколько дней подряд в количестве, соответствующим величине вскрытой гнойной полости.

Опорожнением или рассасыванием параметритического экссудата дело обыкновенно не исчерпывается, — остающиеся затеком мозоли и рубцы требуют дальнейшего лечения. При этом на первый план выступает дело собраний рассасывающих средств, среди которых упомянем прежде всего об ежедневном введении в рукав тампонов с глицерином.

Тампоны лучше всего вводить самому врачу, при помощи круглого зеркала, и таким же способом удалять<sup>1)</sup>; они вызывают сильное водянистое истечение, почему некоторые больные предпочитают после введения их несколько часов оставаться в лежачем положении.

Вместо простого глицерина целесообразно также применять раствор в глицерине йодистого калия в пропорции 1:3 или слабее. Раствор этот замѣняется простым глицерином, если у больной появляются симптомы йодизма — насморк и дурной вкус во рту. Весьма выгодно также применять для тампонов раствор ихтиола в глицерине<sup>2)</sup>.

Одновременно больная может на ночь класть себе на живот согревающую компрессу, смоченную в соляном растворе; для последнего берется Kreuznach'ская, Kösen'ская, Sulz'ская или Goszalkowicz'кая ванная соль в количестве  $\frac{1}{4}$  фунта на литр воды. Днем больная может себе также класть на живот, на несколько часов, грязевые компрессы из Franzensbad'ской, Steben'ской, Lobenstein'ской, или Elster'ской грязи<sup>3)</sup>. Одновременно с этим лечением или без него можно применять теплые сидячие или еще

1) Если желают, чтобы тампоны производили более энергичное массирующее действие, то их лучше вводить на день, в противном же случае — на ночь. В. Г.

2) Если тампоны почему-либо не переносятся больною, то их можно замѣнять шариками с ихтиолом (Rp. ichtyoli 0,2—0,3, extr. opii 0,015, butyri cacao 2,0), которые вводятся в рукав на ночь самою больною. В. Г.

3) Нечего и говорить, что указываемая автором соли и грязи могут быть с успехом замѣнены солями и грязями отечественных курортов (Кавказ, Тинаки, Саки, Липецк, Старая Русса и пр.). В. Г.



лучше, общія ванны; ванны лучше дѣлать съ солью, которой берется отъ 4 до 10 фунтовъ на общую ванну.

Весьма дѣйствительными оказываются теплыя (30—32° R.) грязевыя ванны.

Еще лучший эффектъ даетъ лечение на курортахъ, т. е., стало быть, пользованіе грязевыми ваннами во Franzensbad'ѣ, Marienbad'ѣ, Karlsbad'ѣ, Flinsberg'ѣ, Brückenau, Pyrmont'ѣ, Reinerz'ѣ, Triburg'ѣ, Schwalbach'ѣ, Steben'ѣ, Lobenstein'ѣ, Elster'ѣ, Landeck'ѣ, Langenau, Muskau, Cudow'ѣ, Altheide, Schmiedeberg'ѣ (Саксонія), Spaa, разсолными ваннами въ Kreuznach'ѣ, Münster'ѣ, Kösen'ѣ, Sulz'ѣ, Salzingen'ѣ, Goczalkowicz'ахъ, Jastrzemb'ѣ, Colberg'ѣ, Artern'ѣ, Hall'ѣ (Верхняя Австрія), Hall'ѣ (Вюртембергъ), Jaxtfeld'ѣ, Julishall'ѣ, Köstritz'ѣ, Aussee, Elmen'ѣ, Цѣхоцинкѣ (Польша), Gmunden'ѣ, Hall'ѣ (Тироль), Hohensalz'ѣ, Ischl'ѣ, Reichenhall'ѣ, Traunstein'ѣ, Wittekind'ѣ, Granitz'ѣ (Галиція), Друскеникахъ (Россія), ваннами изъ морской грязи въ Аренсбургъ и Гапсалъ, торфяными ваннами въ Либавѣ, лиманными грязями около Одессы и въ Крыму около Ялты (? В. Г.). Полезно также пользоваться на морскихъ курортахъ теплыми ваннами изъ морской воды. Въ общемъ для малокровныхъ больныхъ грязевыя ванны являются болѣе предпочтительными, чѣмъ разсолныя.

Весьма благоприятный терапевтическій эффектъ на остатки экссудатовъ оказываютъ горячіе (отъ 50° C.) влагалитичныя души. Еще лучше достигать полезной въ этихъ случаяхъ активной гипереміи путемъ примѣненія суховоздушныхъ ваннъ, какія конструированы Klapr'омъ, Polano и др. Въ эти нагрѣваемые, непроницаемые для воздуха аппараты помещается нижняя часть туловища больныхъ. Т° въ нихъ можетъ быть поднята выше 100° — безъ того, чтобы больныя плохо ихъ переносили. Такія ванны, продолжительность отъ 1 до 2 часовъ, дѣлаются черезъ каждыя 2—3 дня въ теченіе нѣсколькихъ недѣль<sup>1)</sup>.

Противъ остающихся нерѣдко послѣ параметритовъ огромныхъ расширеній венъ, обуславливающихъ сильныя маточныя кровотеченія, давнишнюю славою пользуется лечение Marienbad'скими водами.

Помимо хроническихъ воспаленій, являющихся послѣдствіемъ острыхъ параметритовъ, въ параметріяхъ наблюдаются иногда съ самаго начала хронически протекающія воспалительныя формы, не сопровождающіяся образованіемъ пластического экссудата. Подобно рубцующимся гнойниковымъ полостямъ и онѣ также ведутъ къ сморщиванію и рубцовому измѣненію пораженныхъ тканей, какъ это анатомически доказано Freund'омъ.

Эту своеобразную воспалительную форму зачастую находятъ уже у дѣвицъ; особенно часто мѣстомъ ея развитія служитъ задняя часть таза, преимущественно Douglas'овы складки (parametritis posterior Schultze).

Исходнымъ пунктомъ заболѣванія здѣсь служатъ, по всей вѣроятности, какія-либо незначительныя поврежденія слизистыхъ обо-

1) Изъ другихъ средствъ, способствующихъ рассасыванію застарѣлыхъ воспалительныхъ выпотовъ, слѣдуетъ упомянуть о систематическихъ внутриматочныхъ впрыскиваніяхъ іода или іодъ-алюмола по способу Грамматикати и о леченіи тяжестью (введеніе въ рукавъ резинового мѣшка съ дробью или грутью) по Freund'у. В. Г.

лочекъ прямой кишки (упорные запоры), рукава и влагалищной части матки (мастурбація).

Я нерѣдко наблюдалъ типическій *parametritis posterior* при гонорреѣ маточной шейки, причемъ думаю, что параметритъ здѣсь является послѣдствиемъ, а гоноррея — причиной.

Клиническое значеніе разбираемой формы параметрита весьма значительно. Давленіе на нервные приборы, напр., на *ganglion cervicale* и болѣнныя параметральныя гангліи, и смѣщенія матки — таковы послѣдствія этого заболѣванія. Остроугольная антефлексія матки въ ея типической формѣ во многихъ случаяхъ обязана своимъ происхожденіемъ одностороннему или двухстороннему заднему параметриту (*Schultze*). Клиническимъ выраженіемъ послѣдняго является длинный рядъ истерическихъ припадковъ, сопутствующихъ и другимъ заболѣваніемъ половой сферы, — припадковъ, среди которыхъ на первомъ мѣстѣ стоятъ: постоянныя, далеко иррадирующія боли въ крестцѣ, дисменоррея и тяжелая нервная диспепсія.

Діагнозъ разбираемой болѣзни можетъ показаться нетруднымъ для того, кто не имѣлъ случая во время лапаротоміи убѣдиться, насколько сходную съ заднимъ параметритомъ картину могутъ давать, при пальпаціи, брюшинныя складки въ области *Douglas'*овыхъ складокъ. *Ziegenspeck*, изслѣдовавшій *post mortem* субъектовъ, у которыхъ при жизни былъ распознанъ *parametritis posterior*, зачастую находилъ у нихъ, вмѣсто послѣдняго, периметритъ, хотя и описываетъ его, какъ параметритъ.

Въ терапіи задняго параметрита, какъ и въ леченіи остатковъ экссудативнаго параметрита, главное мѣсто занимаютъ рассасывающія средства, особенно грязевыя и рассольныя ванны, а также массажъ. При неуспѣхѣ этихъ средствъ можно испробовать разрываніе и разрываніе рубцовъ.

Опухоли широкихъ связокъ развиваются или изъ тазовой клѣтчатки и мускулатуры, или изъ эмбриональныхъ, заложенныхъ въ тазовой клѣтчаткѣ, остатковъ органовъ.

Къ первой категоріи относятся фибромы, міомы, саркомы, хондросаркомы и липомы, во второй — пароваріальныя кисты, кисты *Gartner'*овскихъ каналовъ, опухоли отскочившихъ придаточныхъ почекъ, дермоидныя кисты и карциномы.

Среди опухолей десмоидной группы наиболѣе часты міомы, развивающіяся изъ гладкой мускулатуры параметривъ и снабженныя капсулой, которая болѣе или менѣе широко переходитъ въ наружный мышечный слой матки. Отъ первичальныхъ міомъ, проросшихъ въ широкую связку и изгладившихъ послѣднюю, онѣ могутъ быть отличены лишь послѣ тщательной препаровки. Объемъ ихъ можетъ достигать величины мужской головы и болѣе<sup>1)</sup>. Въ большинствѣ случаевъ онѣ остаются широко сидящими между переднимъ и заднимъ листками широкой связки, но въ очень рѣдкихъ случаяхъ при своемъ ростѣ принимаютъ характеръ субсерозныхъ міомъ, т. е. оказываются сидящими на ножкѣ. *Amann* въ 1906 г. могъ собрать изъ литературы лишь 12 случаевъ такихъ міомъ широкой связки, т. е. сидящихъ на ножкѣ. Случай, наблюдавшійся мною, представленъ на рис. 257.

Случаевъ саркомъ *lig. lat.* до сихъ поръ описано, по *Rosthorn'*у, всего 7. За послѣдніе годы къ нимъ прибавилось еще нѣсколько. Еще рѣже встрѣчаются липомы широкихъ связокъ.

Кисты, развивающіяся изъ *Gartner'*овскихъ ходовъ, описаны *Burkhard'*омъ, *Klein'*омъ, *Amann'*омъ, *Gebhard'*омъ, *Vassier'*омъ и др.; онѣ

1) *Dogal*, напр., удалилъ въ одномъ случаѣ фиброміому широкой связки въ 20 кило вѣсомъ.

однокамерны, заключаютъ въ себѣ серозное содержимое, внутри выстланы однослойнымъ цилиндрическимъ эпителиемъ. Kossmanн производитъ всё эти образования изъ придаточныхъ трубъ, т. е. изъ Müller'овыхъ ходовъ. Подбрюшинные дермоиды представляютъ большую рѣдкость и происходятъ изъ эктодермальныхъ включеній, въ свою очередь происходящихъ изъ Wolff'овыхъ ходовъ. Остатки надпочечниковъ были зачастую находимы въ широкихъ связкахъ Schriöгемъ; происходящая изъ этихъ остатковъ опухоли наблюдались до сихъ поръ нечасто, и то только у недоразвитыхъ плодовъ и дѣтей младшаго возраста.

Дермоиды lig. latî, по Rosthorn'у, наблюдались до сихъ поръ 16 разъ; однажды такую опухоль мнѣ пришлось встрѣтить у пожилой дѣвицы; опухоль эта вскрылась въ rectum.

Карциномы широкой связки, вѣроятно, происшедшія изъ остатковъ Wolff'овыхъ ходовъ, были найдены въ нѣсколькихъ случаяхъ — Herffомъ, Leisewitzомъ и мною (мой случай описанъ Hensiusомъ<sup>1)</sup>).

Помимо этихъ опухолей, всё новообразования, развивающіяся въ сосѣднихъ органахъ (яичники, матка), могутъ вростать въ широкія связки и изглаживать ихъ. Это бываетъ съ кистами яичниковъ, особенно же часто съ миомами матки, причемъ многія изъ нихъ ошибочно описывались въ литературѣ, какъ миомы широкихъ связокъ.



Рис. 256. Миома ligamenti latî sinistri. Больная 46 л., родила 8 разъ нормально. Опухоль замѣтила впервые 8 мѣсяцевъ тому назадъ; росла опухоль быстро; одновременно съ появленіемъ опухоли мѣсячныя, до сихъ поръ бывшія правильными, сдѣлались чрезмѣрно сильными и неправильными. Энуклеация per laparotomiam 22 II 1891. Между опухолью и маткою оказалось лишь крайне незначительное мышечное соединеніе. Вшиваніе опореннаго связочнаго мѣшка въ брюшную рану и послѣдовательная тампонація йодоформенной марлей. Выздоровленіе.

Припадки, вызываемые этими опухолями, — большею частію механическаго характера: благодаря сдавленію прямой кишки и смѣшенію пузыря и матки, у больныхъ наблюдаются разстройства дефекаціи и мочеиспусканія, а въ случаѣ наступленія беременности — препятствія для родовъ. Саркомы характеризуются своимъ быстрымъ ростомъ.

Диагнозъ опухолей широкихъ связокъ труденъ, путемъ пальпации зачастую нельзя отличить ихъ отъ интралигаментарно или псевдоинтралигаментарно развившихся опухолей, исходящихъ изъ матки, яичника или пароварія.

Важно имѣть въ виду лишь слѣдующее: доброкачественныя десмоидныя опухоли параметрія, конечно, имѣютъ плотную консистенцію; между тѣмъ плотныя опухоли придатковъ исходятъ почти исключительно изъ яичника, а фибромы и миомы яичниковъ никогда не развиваются межсвязочно.

Sub ovariatione диагнозъ становится легче. Фибромы и миомы могутъ быть всегда безъ труда распознаны по своему мѣстоположенію: онѣ располагаются исключительно въ связкѣ. Иначе обстоитъ дѣло съ злокачественными опухолями. Если при саркомѣ вовлеченъ въ заболѣваніе какой-либо изъ сосѣднихъ органовъ, напр., яичникъ, то иногда бываетъ невозможно рѣшить, что было исходнымъ пунктомъ первичнаго новообразованія, — яичникъ, или широкая связка. Я вылучилъ однажды изъ lig. latum саркому, глубокое положеніе которой въ свѣтъ и развитіе преимущественно въ тазу говорили за связочное ея происхожденіе; однако ни на препаратѣ, ни во время операціи въ этомъ случаѣ не удалось открыть ни яич-

1) Мнѣ пришлось въ 2 случаяхъ удалить эндотелиомы широкихъ связокъ, причемъ въ одномъ случаѣ опухоль вѣсила 8 кило. В. Г.

ника, ни периферического конца трубы. Въ другомъ случаѣ саркоматозно перерожденный яичникъ, съ кулакъ величиною, оказался сидящимъ на связочной опухоли, съ которой былъ соединенъ при помощи ножки. Онъ былъ удаленъ ради діагностическихъ цѣлей, связочная же опухоль была оставлена вслѣдствіе неудаимыхъ кишечныхъ метастазовъ.



Рис. 257. Міома широкой связки, сидящая на ножкѣ. Опухоль прикрѣплена къ правой *lig. latum* экстрамедіально отъ *lig. rotundum*, культя которой видна на рисункѣ. Обстоятельство это дѣлаетъ несомнѣннымъ происхождение міомы изъ связки. Въ маткѣ, справа, можно видѣть субмукозный узелъ. Препаратъ полученъ случайно, послѣ абдоминальной экстирпации матки и рукава по поводу рака влагалища. Операция сдѣлана у больной 60 лѣтъ, 18 янв. 1910.

Оперативное леченіе разбираемыхъ новообразованій состоитъ въ разсѣченіи связки, вылученіи опухоли и закрытіи ея ложа швами или дренированіи образовавшейся полости. Дренажъ можетъ быть выведенъ или чрезъ брюшную рану, или, послѣ зашиванія связки, — въ рукавъ. Такъ какъ остановка кровотеченія въ глубинѣ ложа опухоли является неполнѣ идеальной, то зачастую для благоприятнаго исхода операціи нужно бываетъ вшить мѣшокъ въ нижній уголь раны и выполнить его вѣоформенной марлей. Надвлагалищной ампутаціи или полной экстирпации матки ради техническихъ выгодъ я производить не совѣтую, особенно при міомахъ, хотя долженъ сказать, что при этомъ остановка кровотеченія нерѣдко выигрываетъ въ своей точности и надежности. Именно міомы широкихъ связокъ особенно показываютъ по возможности консервативное вмѣшательство. Я оперировалъ немалое число настоящихъ связочныхъ міомъ. Если, однако, при операціи окажется, что опухоль имѣетъ злокачественный характеръ, то слѣдуетъ оперировать какъ можно радикальнѣе, удаляя изъ окружности ея все, что можно удалить, въ томъ числѣ и матку. Глубоко сидящія, неособенно объемистыя опухоли могутъ быть удалены и со стороны рукава, а также черезъ поперечный срединный или боковой промежностный разрѣзъ (Sä n g e r).

У одной больной 29 лѣтъ, жаловавшейся главнымъ образомъ на тягостныя боли въ спинѣ, я нашелъ матку фиксированною слѣва и сзади, находящеюся въ рѣзкой антефлексіи, не увеличенную; слѣва и позади въ параметріи были констатированы весьма плотный „рубецъ“. Экстирпировавъ послѣдній per vaginam, я нашелъ, что онъ представляетъ собою фиброзную массу съ бобъ величиною. Микроскопическое изслѣдованіе, произведенное проф. Thoma, показало, что удаленное тѣло есть опухоль, заключающая въ себѣ мышечныя волокна и выстланныя цилиндрическимъ эпителиемъ железистыя образования, — *teratoma lig. lat.*

Опухоли круглыхъ связокъ. — Круглыя связки также могутъ служить источникомъ развитія десмоидныхъ опухолей — миомъ, фибромъ, лимфангектатическихъ миомъ, миомъ съ отдѣльными цилиндрическимъ эпителиемъ кистами, которыя, вѣроятно, происходятъ изъ Wolffовыхъ ходовъ, и саркомъ<sup>1)</sup>. И эти опухоли встрѣчаются весьма рѣдко. Развиваются онѣ или изъ внутрибрюшинной части круглыхъ связокъ, или изъ той, которая проходитъ въ паховомъ каналѣ, или изъ той, которая развѣтвляется въ большихъ губахъ.

Мнѣ пришлось экстирпировать нѣсколько опухолей круглыхъ связокъ; среди нихъ одна была саркома, развѣвшаяся у пожилой женщины, въ паховомъ каналѣ и вросшая въ большую губу, остальные — миомы, исходившія изъ внутрибрюшинныхъ частей *lig. rotundi* и пограничныхъ участковъ *lig. lat.* Больныя выздоровѣли.

Sprenger удалилъ однажды миому въ 6 фунтовъ, исходившую изъ внутрибрюшинной части круглой связки.

Подъ *hydrocele lig. rotundi* разумѣется скопленіе серозной жидкости въ расширенномъ Nickevскомъ дивертикулѣ, который въ подобныхъ случаяхъ дальше, чѣмъ нормально, выпячивается въ паховой каналѣ. Подобное состояніе совершенно аналогично *hydrocele*, часто наблюдающемуся у мужчинъ. Смотря по тому, сообщается-ли полость дивертикула съ брюшной полостью, или нѣтъ, различаютъ *hydrocele aperta* и *saccata*. При послѣдней формѣ эластическая, флюктуирующая опухоль въ паховомъ каналѣ можетъ причинять разстройства и поэтому требуетъ удаленіе дивертикула. Круглую связку при этомъ надо щадить, или ее можно укоротить, какъ при операци *Alexander-Adams'a*.

Ретроперитонеальныя опухоли. — Съ извѣстнымъ правомъ къ опухолямъ параметріи могутъ быть также отнесены большія ретроперитонеальныя, развивающіяся въ корнѣ брыжейки кишекъ, липомы, миксо-липомы, миксо-саркомы, кистомы и кисты. Опухоли эти могутъ достигать огромной величины; кисты происходятъ обыкновенно изъ отскочившихъ остатковъ яичника (Henke).



Рис. 258. Весьма большая ретроперитонеальная миксо-липома. Больная 32 л., рожала 4 раза, послѣдній разъ за 1 1/2-года до операци. Увеличеніе живота замѣтила 10 лѣтъ. Операци, зашиваніе ложа опухоли, выздоровленіе. Опухоль вѣсила болѣе 8 кило. На рисункѣ видна спереди отъ опухоли матка и придатки обѣихъ сторонъ. Лѣвые придатки сильно вытянуты на поверхности опухоли; яичникъ сильно удлиненъ. Лѣвая круглая связка, не изображенная на рисункѣ, проходила такъ же, какъ при миомѣ *lig. lat.*, изображенной на рис. 256. Диагнозъ былъ поставленъ до операци.

1) Могутъ здѣсь также развиваться и дермоиды (случай Fischeга). В. Г.

Распознавание этих опухолей затруднительно и, насколько мнѣ извѣстно, ставилось рѣдко (впервые мною въ двухъ случаяхъ). Если опухоль исходитъ изъ боковыхъ частей почечной области, то, благодаря ея росту, происходитъ смѣщеніе соответствующаго отрѣзка ободочной кишки, какъ при опухоляхъ почекъ. Также и опухоли, исходящія изъ срединныхъ частей корня брыжейки, отодвигаютъ кишку впередъ и вверхъ. Если эти опухоли растутъ сверху въ *lig. latum* и изглаживаютъ ее, то онѣ обуславливаютъ рѣзкое смѣщеніе матки впередъ и вверхъ (*antepositio et elevatio uteri*). При распознаваніи липомъ и микросолипомъ имѣетъ значеніе характерная ихъ консистенція. Важно для постановки діагноза также прощупываніе съ обѣихъ сторонъ неизмѣненныхъ придатковъ.

По Кпогге, подобныхъ большихъ опухолей было описано, до 1893 года, около 20; съ тѣхъ поръ число это еще увеличилось. Хорошій обзоръ новѣйшей литературы даетъ *Heinricius* (*Arch. f. klin. Chir., Bd. LXXII*). Исходъ оперативнаго ихъ удаленія былъ зачастую несчастливъ. Я до сихъ поръ видѣлъ 9 такихъ опухолей у живыхъ, въ томъ числѣ 7 оперироваль со счастливымъ исходомъ; между прочимъ, мною была удалена одна липома, вѣсившая 14 килограммовъ.

Операция при этихъ опухоляхъ должна состоять въ вылуценіи ихъ и зашиваніи или дренированіи ихъ ложа сверху. Нѣкоторыя опухоли даннаго рода, признанныя при операціи за миксо-липомы, впоследствии рецидивировали, какъ миксо-саркомы, и требовали повторныхъ операцій.

Въ рѣдкихъ случаяхъ опухоли эти оказывались сидящими на ножкѣ (случай *Naipes'a* изъ моей клиники и еще 4 аналогичныхъ случая изъ литературы); во всѣхъ этихъ случаяхъ дѣло шло о саркомахъ.

Эхинококки тазовой клѣтчатки. — Наблюдаемые въ области женской половой сферы эхинококки развиваются преимущественно въ широкихъ связкахъ. *Schultze* описалъ, впрочемъ, два случая эхинококковъ яичника; зародыши паразитовъ попали въ послѣдній, по всей вѣроятности, изъ прямой кишки — или чрезъ половой трактъ, или съ кровянымъ токомъ. Обычно эхинококки представляются въ видѣ средней величины опухолей, располагающихся между маткой и прямой кишкой или стѣнками таза<sup>1)</sup>; при дальнѣйшемъ ростѣ они могутъ вызывать свойственныя опухолямъ данной области явленія сдавливанія и ущемленія, могутъ, наконецъ нагноиться и прорваться въ сосѣдніе органы. Иногда эхинококки представляются множественными, причемъ часть пузырей лежитъ на широкой связкѣ, другая — въ брыжейкѣ.

Если эхинококки не распознаны, какъ таковые, на основаніи дрожжанія гидатидъ (признакъ, наблюдавшійся мною въ одномъ случаѣ) или при помощи пробной пункціи (нахожденіе въ жидкости характерныхъ крючьевъ), то они обыкновенно становятся предметомъ операціи, какъ параметральныя опухоли. Цѣль операціи должна заключаться въ вылуценіи пузырей; если это почему-либо вполнѣ не удастся, — нужно широко вскрыть пузыри со стороны рукава или брюшныхъ стѣнокъ и шить ихъ въ рану.

Я оперироваль 4 случая эхинококковъ таза. Въ одномъ изъ нихъ имѣли мѣсто множественные пузыри въ параметріяхъ, въ околопузырной клѣтчаткѣ, въ маткѣ, въ *mesosocoon descendens* и въ корнѣ брыжейки. Весьма трудное вылуценіе. Выздоровленіе въ трехъ случаяхъ; въ томъ числѣ у одной больной было сдѣлано кесарское сѣченіе съ послѣдующей экстирпаціей матки.

1) Я недавно оперироваль случай эхинококка тазовой клѣтчатки, гдѣ эхинококковая киста располагалась между маткой и мочевымъ пузыремъ. В. Г.

## Глава XX.

### Болѣзни брюшины.

Otto Küstner'a.

Воспаленіе брюшины развивается вслѣдствіе проникновенія микробовъ въ ея полость. Чаще всего при этомъ играютъ роль — гноеродный цѣнекоккъ, гноеродный гроздекоккъ, кишечная палочка, анаэробные микробы, бугорчатая палочка и гонококкъ. Въ брюшину они попадаютъ изъ одѣтыхъ ею органовъ, подвергшихся инфекции. Занесеніе ихъ по кровеноснымъ сосудамъ встрѣчается крайне рѣдко. Зачастую при перитонитахъ имѣетъ мѣсто моноинфекція, т. е. зараженіе лишь однимъ видомъ бактерій; такъ, исходящія изъ пуэрперально-инфицированныхъ половыхъ частей перитониты обычно бываютъ обязаны своимъ происхожденіемъ чистой инфекции стрептококками. Иногда, однако, въ брюшинномъ выпотѣ оказываются нѣсколько или много видовъ бактерій, — смѣшанная инфекция. Это особенно относится къ инфекціямъ, исходящимъ изъ кишечнаго канала, напр. изъ червеобразнаго отростка: здѣсь, кромѣ стрептококковъ и кишечныхъ палочекъ, зачастую фигурируютъ анаэробы и среди нихъ — образующія газъ бактеріи. Относительно специфическихъ формъ бугорчатаго и гонорройнаго перитонита, а равно относительно острой стадіи септического воспаленія брюшины см. главы XXIII, XXIV и XXV.

#### I. Перитонитическій гнойникъ. Периметритическій гнойникъ.

Когда септическій эксудативный перитонитъ идетъ на излеченіе, то постепенно часть эксудата рассасывается, другая же часть противостоитъ резорбціи и цѣлые мѣсяцы остается осумкованною. Кромѣ того, осумкованныя гнойныя гнѣзда въ брюшинѣ мы встрѣчаемъ тогда, когда образованіе эксудата съ самаго начала было ограничено какимъ-либо однимъ мѣстомъ брюшной полости.

Въ случаяхъ общаго перитонита остатки эксудата могутъ находиться въ самыхъ различныхъ мѣстахъ брюшины. Они встрѣчаются между кишечными петлями, между кишками и сальникомъ и между другими внутренностями. Въ другихъ случаяхъ мы встрѣчаемъ эксудатъ лишь въ мѣстѣ его первоначальнаго образованія: если инфекция проникла изъ желчнаго пузыря, — въ окружности послѣдняго, если источникомъ инфекции былъ червеобразный отростокъ, — въ regio ilio-colica, если инфекция исходила изъ матки

или трубъ, то или въ тазу, или надъ нимъ. Последняго рода формы мы называемъ экссудативнымъ периметритомъ или экссудативнымъ пельвеоперитонитомъ. При той частотѣ, съ какою у женщинъ встрѣчается инфекция, исходящая изъ половыхъ частей, формы эти численно значительно преобладаютъ надъ остальными формами осумкованныхъ перитонитовъ.

Периметритическіе экссудаты могутъ занимать самое различное положеніе относительно матки. — они могутъ лежать спереди отъ нея, сзади и по бокамъ. Это слѣдуетъ въ особенности сказать относительно экссудатовъ, возникшихъ на почвѣ пuerperальной инфекции. Въ частности, по бокамъ отъ матки они располагаются въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ воспаленіе перешло на брюшину изъ трубъ или параметривъ; сзади матки располагаются такіе экссудаты, которыми предшествовалъ сальпингитъ или параметритъ, и, кромѣ того, экссудаты, обязанные своимъ происхожденіемъ непосредственному проникновенію стрептококковъ изъ инфицированной маточной полости. Сзади отъ матки, въ заднемъ *Douglas's* овомъ карманѣ, располагаются экссудаты и при инфекции брюшины во время гинекологическихъ операцій (лапаротомій). Къ экссудативнымъ периметритамъ можно относить также разложившіяся кровяныя опухоли, причемъ и въ этомъ случаѣ заболѣваніе локализуется позади матки. Экссудаты же, лежащіе спереди отъ матки, иногда бывають обязаны своимъ происхожденіемъ тяжелому септическому циститу.

Клиническая картина внутривнутрибрюшиннаго абсцесса развивается изъ картины острой стадіи септического перитонита. Вскорѣ послѣ инфекции возникаютъ сначала явленія болѣе или менѣе общаго перитонита: чувствительность живота, метеоризмъ, высокая температура, частый пульсъ, рвота, сухой языкъ. Эти угрожающіе симптомы затѣмъ постепенно стихаютъ, — сначала рвота и метеоризмъ; лихорадка же и учащеніе пульса остаются долѣе, но лихорадка постепенно принимаетъ ремиттирующий характеръ, размахи температурной и пульсовой кривыхъ достигаютъ все болѣе и болѣе низкихъ цифръ, появляются значительныя утреннія ремиссіи, временами даже интермиссіи. Такъ можетъ продолжаться цѣлыя недѣли, причемъ та часть брюшной полости, гдѣ расположено гнойное гнѣздо, постепенно выдѣляется все болѣе и болѣе отчетливо въ видѣ туго-эластическаго, неподвижнаго уплотненія.

Въ другихъ случаяхъ съ самаго начала имѣется налицо картина мѣстнаго воспаленія. Метеоризмъ и чувствительность всего живота отсутствуютъ; лихорадка, напротивъ, существуетъ; особенно сильная чувствительность замѣчается лишь въ одномъ мѣстѣ, — тамъ именно, гдѣ болѣе и болѣе выдѣляется, при ощупываніи, осумкованный экссудатъ.

Свойственная этой стадіи картина можетъ оставаться безъ существенныхъ измѣненій недѣли и мѣсяцы. При этомъ періоды, когда лихорадка почти совершенно отсутствуетъ, могутъ перемежаться съ новыми приступами повышенія температуры и другихъ патологическихъ явленій. Больныя постепенно худѣютъ, слабѣютъ, теряютъ сонъ и аппетитъ; временами у нихъ наблюдаются лихорадочныя движенія, сопровождаемыя знобами или мимолетными ощущеніями холода, особенно въ спинѣ. Если знобы усиливаются, то это слу-



жить признакомъ, что болѣзнь осложняется флеботромботическими процессами въ окружности экссудата.

Въ концѣ концовъ, послѣ продолжительнаго теченія болѣзни, при постепенномъ усиленіи указанныхъ припадковъ и все возрастающемъ исхуданіи, можетъ наступить смерть больныхъ. Иногда смертельный исходъ наступаетъ при острыхъ явленіяхъ эмболии легкихъ; въ другихъ случаяхъ ему предшествуютъ метастатическіе процессы въ другихъ органахъ, особенно суставахъ и влагалищахъ сухожилій.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ экссудатъ прокладываетъ себѣ путь наружу и прорывается въ какомъ-нибудь мѣстѣ. Расположенные въ верхнихъ отдѣлахъ живота экссудаты вскрываются въ кишки или на поверхности брюшныхъ стѣнокъ; экссудаты, лежащіе ниже, — въ подвздошныхъ впадинахъ или въ тазу, — прорываются въ прямую кишку, пузырь, трубу или рукавъ.

Подобное вскрытіе экссудата всегда сопровождается ослабленіемъ всѣхъ припадковъ. Если при этомъ нарывъ опорожнится вполне, то съ этого момента можетъ начаться послѣдовательное выздоровленіе. Въ другихъ случаяхъ гной, при вскрытіи абсцесса, опорожняется лишь отчасти, оттого-ли, что выходное отверстіе слишкомъ мало, или оттого, что полость абсцесса представляетъ бухтообразныя углубленія, такъ что гной не можетъ изъ одного отдѣла излиться въ другой. Тогда ремиссія длится лишь короткое время, а затѣмъ опять начинаются прежніе припадки. Особенно часто несовершенное опорожненіе гнойниковъ наблюдается при вскрытіи ихъ въ пузырь и въ трубы. Лучше опорожняются абсцессы, вскрывшіеся въ кишки, на поверхность брюшныхъ стѣнокъ и въ рукавъ.

Послѣ того какъ, благодаря самопроизвольному вскрытію, наступаетъ заживленіе абсцесса, нагноеніе обычно продолжается еще долго; затѣмъ оно прекращается, и полость гнойника зарастаетъ; больная мало по малу оправляется, хотя у ней еще продолжительное время остаются толстыя отложенія, образующія капсулу гнойника. Эти послѣднія, а также ихъ сращенія съ окружающими кишками служатъ причиною, почему къ больной долго еще не возвращается прежнее полное здоровье.

Въ иныхъ случаяхъ прорыва гноя не бываетъ. Раньше отчетливо ощущаемый экссудатъ постепенно становится все менѣе и менѣе контурируемымъ; эту неопредѣленную резистенцію онъ сохраняетъ еще долго, пока постепенно не наступитъ выздоровленіе.

Первоначальный гной въ осумкованныхъ скопленіяхъ отличается обильнымъ содержаніемъ микробовъ. Зачастую онъ представляетъ собою чистую разводку гноеродныхъ микробовъ, обычно стрептококковъ. Потомъ, хотя зачастую и очень медленно, стрептококки утрачиваютъ свою вирулентность и въ концѣ концовъ могутъ совершенно погибнуть, такъ что ихъ не оказывается больше въ гнойникѣ. Послѣ этого жидкія составныя части гноя все болѣе и болѣе расасываются, и прежде жидкій гной превращается въ густую, тягучую, желтую, слизеподобную массу. Въ этомъ видѣ онъ можетъ еще долго противостоять расасыванію.

Если исходнымъ пунктомъ инфекціи былъ кишечный каналъ,

напр., червеобразный отростокъ, или если стѣнка кишки, ограничивающая полость абсцесса, была настолько повреждена, что кишечныя бактеріи проникали изъ кишки въ абсцессъ, то бактеріальная флора въ гнойникѣ становится болѣе обильной; въ особенно большомъ количествѣ попадаютъ здѣсь тогда кишечныя палочки (*b. coli*) и различныя формы микробовъ. Последнія обуславливаютъ иногда развитие въ гнойникѣ газовъ (газовый абсцессъ).

Для распознаванія служить данныя клиническаго теченія. Въ regio mesogastrica ощупываніе скоро позволяетъ опредѣлить экссудатъ въ видѣ уплотненія. Уплотненіе это, при извѣстной величинѣ гнойника, болѣе или менѣе отчетливо прощупывается даже въ томъ случаѣ, если между экссудатомъ и брюшною стѣнкою лежитъ петля кишокъ. Если гнойникъ лежитъ непосредственно подъ брюшными стѣнками, и послѣднія надъ нимъ истончены, то можно опредѣлить флюктуацію. При объемистыхъ скопленіяхъ, расположенныхъ позади брюшныхъ стѣнокъ и простирающихся до regio hypogastrica, осумкованный перитонитъ можно смѣшать съ новообразованиями, какъ твердыми, такъ и содержащими жидкость. Въ случаѣ отсутствія лихорадки или наличности лишь небольшихъ повышеній температуры дифференціальныи діагнозъ можетъ здѣсь представить большія трудности. Перитонитическіе гнойники не смѣщаются, при всѣхъ положеніяхъ тѣла больной представляютъ одинаковое отношеніе къ брюшнымъ стѣнкамъ; однако такъ же содержатся и новообразования, сросшіяся съ брюшною стѣнкою, напр., опухоли яичниковъ, слаявшіяся съ послѣдней благодаря перекручиванію ножки или воспаленію, наступившему въ опухоли вслѣдствіе другихъ причинъ. При такихъ условіяхъ избѣгать діагностической ошибки бываетъ труднѣе, чѣмъ это можно думать a priori.

Если экссудатъ лежитъ въ непосредственномъ сосѣдствѣ съ внутренними половыми частями, то, при боковомъ положеніи его относительно матки, его трудно бываетъ отличить отъ параметритическаго выпота, хотя такое отличіе и желательное. Трудность усугубляется благодаря тому, что въ подобныхъ случаяхъ нерѣдко имѣется воспалительная инфильтрація параметрія, которая и служитъ первичнымъ источникомъ брюшинной инфекции.

Экссудаты, лежащіе позади матки, даютъ, при пальпации, картину, крайне схожую съ картинами замочной кровяной опухоли (*haematocoele*) и сактосальпинкса. Отличить экссудатъ отъ *haematocoele* можно путемъ пробной пункции, производимой путемъ шприца съ тонкою иглою. Аппаратъ Dieulafoy слишкомъ громоздокъ, и употребленіе его хлопотливо.

Терапія осумкованнаго перитонита имѣетъ своею задачей — создать для гноя оттокъ наружу, чтобы полость гнойника закрылась, и наступилъ процессъ излеченія. Вопросъ заключается лишь въ выборѣ подходящаго времени для этого вмѣшательства.

Если въ острой стадіи септического зараженія брюшины хирургическое вмѣшательство почти всегда является безуспѣшнымъ, и даже выпусканіе брюшиннаго экссудата чрезъ большіе разрѣзы по бокамъ и спереди не останавливаетъ общаго процесса, то послѣоперационные перитониты даютъ гораздо больше шансовъ на успѣхъ. Однако, какъ показали въ особенности изслѣдованія Döderlein'a, послѣдній достигается здѣсь не путемъ новаго раскрытія брюшной раны, а путемъ разрѣза задняго Douglas'ова кармана со стороны рукава.

При гнойникахъ, расположенныхъ между кишечными петлями и отдѣленныхъ послѣдними отъ брюшной стѣнки, — гнойники эти располагаются обыкновенно въ regio mesogastrica, — бываетъ трудно подобраться къ полости абсцесса безъ риска повредить кишку. Даже самые осторожные приемы не могутъ защитить отъ такого поврежденія. Поэтому здѣсь выгодно бываетъ выжидать то тѣхъ поръ, пока нагноеніе не приблизится въ какомъ-либо мѣстѣ съ брюшными стѣнкамъ, и мы не въ состояніи будемъ встрѣтить его непосредственно подъ этими послѣдними; лишь послѣ этого приступаютъ къ разрѣзу. Предварительно можно въ томъ мѣстѣ, гдѣ предполагается произвести разрѣзъ, съ осторожностью пунктировать полость абсцесса тонкою иглой со стороны брюшной раны.

Весьма трудно бываетъ въ подобныхъ случаяхъ рѣшить, зависитъ-ли наблюдаемый въ томъ мѣстѣ, гдѣ лежитъ экссудатъ, тимпаническій звукъ отъ присутствія кишечной петли, или отъ развитія газовъ въ абсцессѣ.

Иногда наблюдаются случаи слѣдующаго рода: предполагая вскрыть брюшинный абсцессъ, проводятъ широкій разрѣзъ, проникаютъ въ глубину, однако до гнойника не доходятъ изъ опасенія поранить кишку. Тогда операція прерывается, и рана тампонируется іодоформенной, вѣоформенной или итроловой марлей. Проходитъ послѣ этого нѣсколько дней, — и лихорадка, существовавшая до операціи, начинаетъ прекращаться; постепенно температура падаетъ до нормы. Когда затѣмъ рана затянется путемъ грануляцій, — оказывается, что экссудатъ, который ранѣе отчетливо прощупывался въ глубинѣ, теперь совершенно не опредѣляется. А между тѣмъ при смѣнѣ повязки не разу не было наблюдаемо опорожненія гноя черезъ разрѣзъ.

Зачастую и абсцессы, развившіеся въ непосредственномъ со-сѣдствѣ съ внутренними половыми частями, лежатъ глубоко, на значительномъ разстояніи отъ той поверхности, со стороны которой можно опорожнить абсцессъ простымъ надрѣзомъ. Они не располагаются ни непосредственно подъ брюшными стѣнками, ни непосредственно надъ сводами рукава. И въ этихъ случаяхъ рекомендуется, — вмѣсто того, чтобы дѣлать напрасныя попытки вскрыть гнойникъ и рисковать повредить такіе органы, какъ мочеточникъ или кишка, — выжидать, пока нагноеніе не приблизится къ поверхности. До этого времени примѣняютъ на большую область тепло въ видѣ согрѣвающего компресса или термофоровъ, заботятся о поднятіи аппетита у больной, регулируютъ соответствующими мѣрами стулъ у ней, поддерживаютъ достаточный сонъ. Иногда при такой терапіи наступаетъ рассасываніе экссудата или прорывъ его въ кишку.

Если во время этого леченія получится впечатлѣніе, что можно приблизиться къ экссудату, не повредивъ сосѣднихъ органовъ, то, прекративъ выжиданіе, дѣлаютъ разрѣзъ гнойника или со стороны брюшныхъ стѣнокъ, — надъ горизонтальной вѣтвью лонной кости или надъ Роицагт'овой связкой, — или со стороны бокового свода влагалища. Въ послѣднемъ случаѣ предварительно пунктируютъ абсцессъ со стороны рукава и, оставивъ на мѣстѣ пункціонную иглу, проходятъ по ней въ полость гнойника сначала узкимъ ножомъ. Затѣмъ вводятъ въ образованный такимъ образомъ ходъ закрытый корнцангъ, раскрываютъ его и тупо расширяютъ имъ отверстіе настолько, чтобы гной получилъ широкій оттокъ. Если раз-

рѣзъ сдѣланъ сверху, то иногда бываетъ цѣлесообразно сдѣлать противоотверстіе въ рукавъ, причемъ и здѣсь пользуются тупымъ инструментомъ, — длиннымъ корндангомъ, которымъ протыкають сверху стѣнку рукава. Для вскрытія гнойника со стороны влагалыща цѣлесообразнымъ является инструментъ L. Fraenkel'я, представляющій собою одновременно и троакаръ, и щипцы.

Впрочемъ даже и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ черезъ разрѣзъ опорожнилось большое количество гноя, дѣло иногда этимъ не оканчивается. Гнойники же, до которыхъ нельзя добраться, остаются или лишь постепенно пробиваются себѣ путь въ уже вскрывшіяся полости, причемъ, однако, въ нихъ и послѣ этого нагноеніе иногда продолжается. Иногда приходится въ подобныхъ случаяхъ производить нѣсколько операций, пока, наконецъ, цѣль не будетъ достигнута.

Примѣръ: больная 36 л., рожавшая 6 разъ, въ послѣдній разъ 6 мѣсяцевъ тому назадъ, имѣла лихорадочный пуэрперій. Крайне истощенная, слабая особа. Въ животѣ достигающая почти до пупка, неподвижная опухоль, доходящая справа до гребня подвздошной кости. Матка смѣщена влѣво, задній Douglas нѣсколько выпяченъ; при цистоскопій, въ области пузырнаго дна, среди сильно отечной, неровной слизистой, замѣчается небольшая щель, чрезъ которую выходитъ гной (см. рис. 7 по прил. таблицѣ). Ремиттирующая лихорадка до 38,6°. Операция 8/VII 1909 — разрѣзъ справа около l'alba; опухоль ограничена кишками; въ глубинѣ открывается скопленіе гноя; возможно широкій разрѣзъ, дренажъ. Обильная секречія. Паденіе лихорадки.

Послѣ того, прежде чѣмъ рана успѣла закрыться, температура вновь поднялась, почему 6/VIII сдѣлано вскрытіе гнойника со стороны пузыря, путемъ зондирования пузырнаго отверстія. Обильное опорожненіе гноя въ пузырь. Паденіе т°.

Постепенно, однако, т° опять стала подниматься, и 30/X потребовалось вскрытіе нѣсколькихъ гнойниковъ со стороны живота и вскрытіе задняго Douglas'ова кармана. Дренажи вверхъ и въ рукавъ. Новое паденіе т°, затѣмъ новое вскрытіе нѣсколькихъ гнойниковъ со стороны брюшныхъ стѣнокъ, дренажи вверхъ и въ Douglas. Отверстіе въ пузырь, при цистоскопическомъ изслѣдованіи, оказывается закрытымъ.

Пзлить. Излеченіе его. Длительное леченіе ваннами, несмотря на открытій уходъ за ранами. При этомъ леченіи т° постепенно падаетъ до нормы, къ 5/III 1910 г. всѣ раны затягиваются, больная начинаетъ прибывать въ вѣсѣ.

Изслѣдованіе показываетъ, что въ подвздошныхъ областяхъ и въ заднемъ Douglas'овомъ карманѣ прощупываются плотныя безболѣзненные стложенія. При цистоскопированіи, пилоса въ области дна оказывается втянутой, бѣловатаго цвѣта, немного отечной.

10/III пациентка выписана здоровой; 18/VII она показывалась, причемъ опять-таки найдена здоровой.

Гнойники верхней части живота, вскрытые со стороны брюшныхъ стѣнокъ, слѣдуетъ держать открытыми долгое время, дренируя ихъ при помощи толстостѣнной резиновой трубки. Объемистыя бухтообразныя полости въ стѣнкахъ гнойника зачастую заростають лишь очень медленно.

Подобнымъ же образомъ можно поступать и при абсцессахъ, лежащихъ къ непосредственному сосѣдствѣ съ внутренними половыми частями. Кромѣ того при нихъ, въ подходящихъ случаяхъ, показуется то леченіе, о которомъ упомянуто въ предыдущей главѣ. при описаніи терапій параметрита (излѣченіе матки, резекція влагалыщной части).

Экссудаты, выпячивающіе задній Douglas'овъ карманъ, прямо вскрываются со стороны рукава, широкимъ разрѣзомъ, и затѣмъ дренируются или марлей, или при помощи резинового дренажа. Полости этихъ гнойниковъ заживаютъ относительно быстро.

Противъ остающихся, послѣ долго существовавшихъ абсцессовъ, уплотненій, мозолей и отложеній примѣняется то же леченіе, какое въ подобныхъ же случаяхъ примѣняется при параметритѣ (см. предшествующую главу).

Относительно аппендицита слѣдуетъ обратиться къ учебникамъ хирургіи. Если во время лапаротоміи, произведенной по поводу гинекологическаго заболѣванія, операторъ встрѣтитъ патологически измѣненный червеобразный отростокъ (сращения, утолщенія, копролиты, рубцы), или лапаротомія производится у больной, перенесшей, судя по анамнезу, аппендицитъ, то въ заключеніе операциі отростокъ долженъ быть удаленъ. Его захватываютъ, около мѣста отхожденія, Реаповскимъ жомомъ, потомъ, снявъ послѣдній, перевязываютъ въ этомъ мѣстѣ крѣпкимъ катгутомъ, перевязываютъ затѣмъ брыжейку отростка, удаляютъ перевязанныя части и закрываютъ культю брюшиной.

Удалять при лапаротоміяхъ, производимыхъ по поводу гинекологическихъ заболѣваній, всякій, даже здоровый, червеобразный отростокъ, — какъ это предлагаютъ нѣкоторые операторы, исходя изъ той мысли, что операциі удаленія отростка совершенно безопасна, и что даже выглядящій нормальнымъ отростокъ иногда при изслѣдованіи оказывается не таковымъ, — я считаю неправильнымъ.

## II. Слипчивый тазовый перитонитъ. Слипчивый параметритъ.

Этіологія слипчивыхъ воспалительныхъ формъ въ брюшной полости будетъ отчасти разбрана въ главахъ о сепсисѣ, гонорреѣ и бугорчаткѣ женскихъ половыхъ частей. Вторженіе стрептококковъ, стафилококковъ и гонококковъ въ брюшину вызываетъ фибринозные выпоты въ ней и склеиваніе соприкасающихся брюшинныхъ поверхностей. При септической инфекціи дѣло обычно доходитъ до образованія болѣе или менѣе объемистаго гнойнаго эксудата. Если больная переживетъ заболѣваніе, то жидкія части эксудата рассасываются, или же гной пробиваетъ себѣ дорогу наружу, полость гнойника закрывается, и остаются лишь сращения, въ большинствѣ случаевъ чрезвычайно крѣпкія. Если, какъ это нерѣдко бываетъ при сепсисѣ, воспаленіе охватило значительныя части брюшной полости, то и образованіе сращеній происходитъ на большомъ протяженіи. При этомъ кишки болѣе или менѣе прочно склеиваются между собою, съ брюшной стѣнкой, съ сальникомъ и съ тѣми органами малаго таза, откуда началось воспаленіе.

При воспаленіяхъ, ограничивающихся исключительно или преимущественно органами малаго таза, мы находимъ сращения только здѣсь — между маткой, яичниками, трубами, пузырьемъ, соответствующими частями паріетальной брюшины и нерѣдко нижнимъ отрѣзкомъ сальника. Подобный же видъ имѣютъ сращения при восходящей гонорреѣ.

Если, далѣе, дѣло идетъ о внѣдреніи лишь небольшого числа или мало вирулентныхъ микробовъ, какъ это имѣетъ мѣсто при абдоминальныхъ операціяхъ, образованія жидкаго, — серознаго или гнойнаго, — выпота можетъ и не быть, дѣло ограничивается образованіемъ фибринозныхъ отложеній, благодаря чему повреждается брюшинный эндотелій, и образуются соответственно незначительныя сращения въ области операціоннаго поля.

Хотя не подлежит сомнѣнію, что образованіе брюшинныхъ срощеній происходитъ, главнымъ образомъ, благодаря дѣйствию микробовъ, однако здѣсь могутъ играть роль и другіе этиологическіе моменты. Такъ, если брюшина на какомъ-нибудь мѣстѣ лишится своего эндотелиальнаго покрова, то это мѣсто склеивается съ противоположащимъ брюшиннымъ участкомъ, хотя-бы въ области послѣдняго брюшина и была совершенно нетронута и здорова. Подобныя случиванія эндотелия могутъ происходить подѣ влияніемъ разстройствъ питанія. Сильно растянутая, благодаря кровоизліанію или внѣматочной беременности, труба сростается обычно съ окружающими частями. Долгое время находившаяся въ ретрофлексіи, отечно набухшая матка сростается въ концѣ концовъ съ задней стѣнкой таза. Лигатуры и швы изъ неразсасывающагося матеріала, даже если они совершенно асептичны, также вызываютъ, благодаря механическому раздраженію, образованіе спаекъ. Этой пластической реакціей брюшины мы пользуемся при нѣкоторыхъ абдоминальныхъ операціяхъ: такъ, напр., при вентрофиксаци и при наложеніи *Le m b e r t*'овскаго шва на кишки и другіе органы мы рассчитываемъ на имѣющія обязательно развиться, подѣ влияніемъ механическаго раздраженія и послѣдовательнаго поврежденія эпителия, брюшинныя спайки.

Наконецъ, существуютъ слипчивые периметриты, которые съ самаго начала имѣютъ хроническое теченіе, возникая притомъ независимо отъ оофоритовъ, сальпингитовъ и смѣщенной тазовыхъ органовъ. Особенно предрасположены къ такимъ процессамъ участки брюшины, лежащіе позади матки, — брюшинный покровъ *Douglas*'овыхъ мышцъ и брюшина самого *Douglas*'ова кармана. По знаменезу начало такихъ заболѣваній оказывается обычно относящимся къ эпохѣ полового развитія; въ качествѣ непосредственной причины болѣзни больныя зачастую указываютъ на простуду во время мѣсячныхъ. Несомнѣнно, что происхожденіе и этихъ периметритовъ находится въ связи съ первичными воспалительными заболѣваніями матки, яичниковъ и трубъ, но заболѣваніями, которыхъ нельзя доказать. Въ другихъ случаяхъ воспаленіе начинается съ прямой кишки, переходитъ отсюда на параректальную клетчатку, а затѣмъ захватываетъ и брюшину. *Ferguson* доказалъ, что особенно предрасполагаютъ къ разбираемому заболѣванію пороки развитія, выражающіеся чрезмѣрною глубиною *Douglas*'ова кармана, каковая аномалія представляетъ собою одно изъ проявленій задержки въ развитіи всей половой сферы. Весьма часто встрѣчаемая въ области *Sigmoidum* небольшая брюшинныя спайки (*Gegs* и *pu*) получаютъ свое начало, быть можетъ, отъ кровотеченій во время мѣсячныхъ или отъ воспалительныхъ процессовъ въ кишкахъ.

Припадки, свойственные острой стадіи слипчиваго перитонита, описаны въ предыдущемъ отдѣлѣ настоящей главы, а также будутъ разобраны въ главахъ, посвященныхъ селсису, гонорреѣ и бугорчаткѣ половыхъ органовъ. Когда острая стадія минуе ть, то стойкимъ послѣдствіемъ ея остаются срощенія. Будутъ-ли послѣднія вызывать какиъ-либо разстройства, — это зависитъ отъ ихъ мѣста и распространенности. Несомнѣнно, весьма часто существуютъ срощенія, которая не проявляются ни малѣйшими симптомами. Особенно относится это къ кишечнымъ срощеніямъ: если они, подѣ влияніемъ кишечной перистальтики, растянутся, то наличность ихъ можетъ рѣшительно ничѣмъ не проявляться. Въ другихъ случаяхъ, напротивъ, уже ничтожныя спайки могутъ повести къ чрезвычайно тяжелымъ припадкамъ.

Припадки эти состоятъ въ боляхъ, которыя возникаютъ вслѣдствіе деганія и натяженія срощенныхъ органовъ. Всего сильнѣе чувствуются боли при срощеніяхъ сальника, напр., съ грыжевымъ мѣшкомъ или съ тазовыми органами.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ къ болевымъ припадкамъ присоединяются функціональныя разстройства срощенныхъ органовъ. Всего сильнѣе сказываются срощенія на функціяхъ кишки и мочевого пузыря, гдѣ они могутъ вызывать нестерпимыя, ничѣмъ не устранимыя боли при мочеиспусканіи и особенно послѣ него, задержку газовъ и кала, иногда полную (*ileus*).

Наконецъ, тяжелые припадки могутъ быть результатомъ срощеній и вслѣд-

ствіе того, что сросшиеся органы, благодаря этому обстоятельству, долго остаются въ неправильномъ положеніи (*retroflexio fixata*, приращенія выпавшей матки, приращенія смѣщенныхъ яичниковъ и трубъ). Эти осложненія и ихъ леченіе разобраны нами тамъ, гдѣ говорится объ аномаліяхъ положенія матки, о болѣзняхъ трубъ, яичниковъ и пузыря и о массажѣ, здѣсь же мы ограничимся лишь тѣмъ, что скажемъ нѣсколько словъ о наиболѣе тяжеломъ послѣдствіи кишечныхъ сросшей — объ *ileus'*.

*Ileus* можетъ развиваться, при брюшинныхъ сросшеніяхъ, или путемъ перегиба кишечной трубки, или путемъ внутренняго ущемленія ея. Въ первомъ случаѣ кишка въ мѣстѣ сросшенія изгибается подъ такимъ острымъ угломъ, что прохожденіе газовъ и кала черезъ перегнутое мѣсто становится невозможнымъ; во второмъ случаѣ, благодаря сросшеніямъ кишекъ или другихъ органовъ, въ области брюшины, или сальника, или брюшной стѣнки образуется отверстіе, чрезъ которое можетъ проскочить одна изъ петель тонкихъ кишекъ и ущемиться здѣсь. Такимъ образомъ этотъ второй механизмъ прохожденія *ileus'a* совершенно идентиченъ съ тѣмъ, какой имѣетъ мѣсто въ ущемленныхъ грыжахъ.

Третья причина, нерѣдко обуславливающая развитіе заворота кишекъ, — перекручиваніе брыжжейки, особенно брыжжейки *S. totali* и нижней части ободочной кишки, — не зависитъ отъ брюшинныхъ сросшеній. Предрасполагающимъ моментомъ здѣсь является чрезмѣрная длина брыжжейки (*Валь, Цеге-Мантейфель, Küttner*), относительно часто наблюдающаяся у людей, питающихся почти исключительно растительной пищей (напр., у русскихъ и эстовъ). *Conditio sine qua* поп для возникновенія заворота этимъ путемъ является значительная подвижность соответствующаго отрѣзка кишки.

Въ рамки настоящей главы не входятъ, далѣе, тѣ формы *ileus'a*, которыя являются послѣдствіемъ инвагинаціи, а равно и тѣ, въ происхожденіи которыхъ играетъ роль чистый параличъ кишекъ, напр., при эмболии и тромбозѣ мезентеріальныхъ сосудовъ (*Stumpf, Descart*). Относительно этихъ формъ я замѣчу лишь, что онѣ имѣютъ большое значеніе въ дифференціально-діагностическомъ отношеніи, именно, могутъ быть смѣшаны съ послѣдствіями сепсиса

Необходимымъ послѣдствіемъ тѣхъ формъ *ileus'a*, которыя бываютъ обязаны своимъ происхожденіемъ брюшиннымъ сросшеніямъ, является параличъ кишекъ, болѣе или менѣе внезапно и рѣзко наступающій при внутреннемъ ущемленіи. Здѣсь онъ бываетъ результатомъ разстройствъ кровообращенія въ ущемившейся кишечной петлѣ, — при этой формѣ дѣло скоро доходитъ до венознаго застоя, а въ концѣ концовъ развивается омертвѣніе ущемленной петли.

Если дѣло идетъ о перегибѣ кишки, то здѣсь параличъ развивается лишь въ приводящемъ колѣнѣ послѣдней, какъ послѣдствіе застоя газовъ и кала; тотъ же самый этиологическій моментъ имѣетъ мѣсто также и въ отводящемъ колѣнѣ кишечной петли при внутреннемъ ущемленіи.

Въ обоихъ случаяхъ параличъ является переходнымъ моментомъ для развитія конечныхъ явленій *ileus'a*, каковы: недостаточная функція кишки, проходимость кишечной стѣнки для микробовъ и токсиновъ, перитонитъ, сепсисъ.

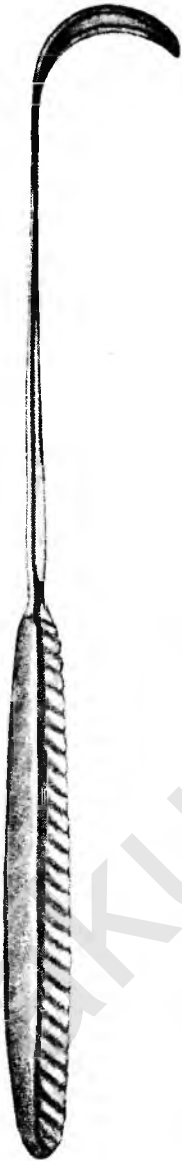
Такъ какъ въ большинствѣ случаевъ брюшинныя сросшенія являются послѣдствіемъ абдоминальныхъ операцій, то и припадки *ileus'a* обыкновенно развиваются послѣ такихъ операцій, — въ большинствѣ случаевъ тогда, когда оперированныя не успѣютъ еще вполне оправиться. Нерѣдко въ подобныхъ случаяхъ послѣоперационный періодъ уже съ самаго начала протекаетъ неполнѣ нормально; ли-

хорадочныя павышэння тэмпературы, хотя и незначительныя, указывают на происходящій въ брюшинѣ микробіотическій процессъ. Зачастую, впрочемъ, послѣоперационный періодъ представляется, по видимому, вполне нормальнымъ. Отхожденіе газовъ у больныхъ совершается или безпрерывственно, или въ началѣ наблюдается ихъ задержка, а затѣмъ, спустя нѣкоторое время, дѣло доходитъ до полной остановки ихъ выдѣленія. Послѣдняя наступаетъ обычно безъ какихъ-либо новыхъ проявленій перитонита, — новыхъ лихорадочныхъ павышеній температуры при этомъ не наблюдается. Одновременно съ газми происходитъ и задержка кала, такъ что въ концѣ концовъ *ampulla recti* не содержитъ ни слѣда фекальныхъ массъ или лишь небольшое количество едва окрашенныхъ кусочковъ. Больныя начинаютъ при этомъ ощущать неприятную полноту въ животѣ, потомъ развивается тягостная отрыжка и рвота кишечнымъ содержимымъ. Животъ вздувается; при тонкихъ брюшныхъ стѣнкахъ раздутыя кишечныя петли выше мѣста заворота обрисовываются болѣе или менѣе отчетливо. Впрочемъ опытный наблюдатель и при жирныхъ брюшныхъ стѣнкахъ можетъ подмѣтить, что онъ имѣетъ дѣло не съ общимъ метеоризмомъ, а вздутиемъ лишь одной, болѣе или менѣе значительной, части кишечнаго тракта. Одновременно пульсъ у больной становится чаще и слабѣе, дыханіе также учащается, цвѣтъ лица становится блѣднымъ, глаза западаютъ, фізіономія принимаетъ боязливое выраженіе.

Еще и въ этой, а также, разумѣется и во всякой болѣе ранней стадіи, возможна счастливая случайность, что механическое препятствіе, обусловливающее непроходимость кишекъ, само собою исчезнетъ или вслѣдствіе разрыва сросшеній, если они тонки и слабы, или вслѣдствіе ихъ растяженія; тогда начинаютъ отходить сначала газы, а затѣмъ и каловыя массы. Однако, въ общемъ, на подобный счастливый исходъ безъ врачебнаго вмѣшательства рассчитывать нельзя; поэтому прогнозъ при наступившихъ явленіяхъ *ileus'a* слѣдуетъ считать крайне сомнительнымъ.

Рис. 242. Кистлеговскій крючекъ, употребляемый при отжиганіи сросшеній въ глубинѣ брюшной полости.

Діагнозъ непроходимости кишекъ, при вполне выраженномъ симптомокомплексѣ, нетруденъ, и припадковъ болѣзни совершенно достаточно, чтобы поставить вѣрное распознаваніе. Обнаруженіе индикана въ мочѣ не имѣетъ, какъ это думали прежде, большого діагностическаго значенія. Трудными для діагноза являются лишь тѣ случаи, гдѣ припадки непроходимости кишекъ развиваются при наличности еще незакончившагося послѣоперационнаго перитонита. Тамъ, гдѣ *ileus* наступаетъ послѣ гладкаго теченія послѣ-





операционного периода, зависимость его от брюшинных сращений является единственно мыслимою. Иначе обстоит дело, если послеоперационный период с самого начала протекает лихорадочно, сопровождаясь более или менее резко выраженными явлениями перитонита, — в этих случаях паралич кишек следует рассматривать по меньшей мере как частичное проявление воспаления брюшины, хотя и здесь сращения принимают нередко значительное участие в образовании непроходимости кишек.

Профилактика разбираемых форм ileus'a совпадает с правилами антисептики и асептики при операциях, так как большинство брюшинных сращений бывает микроботическо-воспалительного происхождения. Употребление стерилизованных резиновых перчаток всеми лицами, принимающими участие в абдоминальных операциях, а равно покрытие брюшных стенок стерильным резиновым полотном, которое пришивается к краям брюшной раны, или применение Додлейповскаго гауданина, — значительно предохраняют от занесения микробов в брюшную полость. Важно также при абдоминальных операциях по возможности щадить брюшину от ссадин и инсультов. Наконец, все образовавшиеся в полости живота операционныя ранения следует тщательно закрывать брюшиной при помощи швов. Там, где это невозможно, следует прибегать к прижиганию раневых поверхностей, так как струя от обжога еще лучше предохраняет раненныя места от спаивания с противоположными участками брюшины. Это доказано многочисленными клиническими наблюдениями, сделанными мною, а равно выполненными по моему предложению исследованиями Келтегольга. Впрочем, как и вообще при выполнении операций, так особенно при прижиганиях, следует заботиться о строжайшем соблюдении правил асептики. Иначе струя от обжога, как мертвая ткань, служит питательною почвою для микробов и лишь способствует образованию сращений, — факт, установленный как новейшими исследованиями Франца, так и старыми опытами Дембровскаго. Вообще быстрое, искусное, тщательное выполнение операций, при соблюдении правил антисептики и асептики, надежнее всего предохраняет от неслабодующаго образования сращений. Во всяком случае оно гораздо действительнее, чем вливание в брюшную полость раствора поваренной соли или Тагелъской жидкости (поваренной соли 7,5, соды 2,5, воды 1000,0) (Миллер, Сэнгер), или вкладывание в брюшную полость пропитанной маслом губки на время, пока производится закрытие брюшной раны (Martin<sup>1)</sup>). В последнее

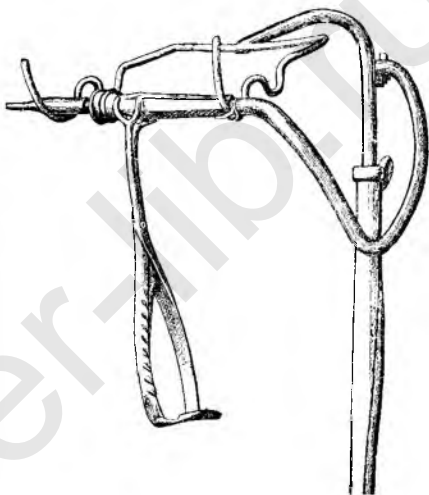


Рис. 243. Верхний конец применяемого Кюстельгольмом Раделейповскаго аппарата съ приспособленіемъ для асептическаго употребленія послѣдняго. Термокаутеръ захватывается стерилизованными щипцами и кладется, когда его не употребляютъ, на особую подставку.

1) Какъ многочисленныя клиническія наблюденія, обнимающія нѣсколько сотъ лапаротомій, такъ и экспериментальныя наблюденія убѣдили меня, что самымъ надежнымъ средствомъ противъ послѣоперационнаго ileus'a являются систематическія промыванія брюшной полости искусственной сывороткой (жидкостью Лоск'а) съ оставленіемъ въ брюшной полости извѣстнаго количества этой жидкости. Эффектъ этого способа вполне понятенъ. Брюшинныя сращения образуются во первыхъ, въ тѣхъ мѣстахъ брюшной полости, гдѣ послѣ операциі остались куски мертвыхъ тканей, сгустки крови и т. п., во вторыхъ, въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ образуются колоніи микробовъ, случайно попавшихъ въ брюшную полость при опера-

время Vogel рекомендовал смазывать лишенные эндотелиального покрова мѣста брюшины густымъ растворомъ гумми-арабика. При примѣненіи подобныхъ средствъ нельзя, однако, соблюсти правила абсолютной стерильности. Перистальтика кишекъ можетъ быть усилена подкожнымъ примѣненіемъ физостигмина (*physostigminum salicylicum* 0,0004, 3 раза pro die). Далѣе, важно въ профилактическомъ отношеніи не поддерживать послѣ брюшныхъ операций слишкомъ долго искусственного запора у больныхъ; начиная по меньшей мѣрѣ съ пятаго дня, нужно заботиться, чтобы оперированныя имѣли ежедневно стулъ <sup>1</sup>).

**Терапія.** При наличности явленій непроходимости кишекъ слѣдуетъ прежде всего остерегаться, ради предпологаемаго или дѣйствительно существующаго перитонита, давать больнымъ опій: назначеніе послѣдняго есть грубая ошибка. Сначала нужно попытаться возстановить проходимость кишечника по возможности простыми средствами. Среди послѣднихъ на первомъ мѣстѣ стоятъ высокія клизмы. Вводятъ возможно высоко въ colon descendens желудочный зондъ и вливаютъ чрезъ него  $\frac{1}{2}$ —1 литръ воды. Кроме того, промываютъ желудокъ. Если эти мѣры остаются безъ результата, то не слѣдуетъ тратить слишкомъ много времени на повтореніе вливаній, а лучше вскрыть животъ и отыскать мѣсто заворота. Если операція, послѣ которой развился ileus, намъ извѣстна, то она и должна руководить нами въ отысканіи этого мѣста. Послѣ операций на внутреннихъ половыхъ частяхъ послѣднее находится почти постоянно въ тазу. Сначала его ощупываютъ рукою черезъ разрѣзъ. Если срощенія незначительны, то ихъ можно раздѣлить тупымъ способомъ, пальцами. Происшедшія при этомъ поврежденія кишки должны быть тщательно защищены. Если же срощенія обширны и прочны, то энтеростомозъ является при нихъ наиболѣе легкимъ видомъ вмѣшательства. Лишь въ случаѣ крайней необходимости можно прибѣгнуть къ вшиванію срощенной кишечной петли въ брюшную рану (*anus praeternaturalis*).

Когда проходимость кишечника такъ или иначе возстановлена, то заботятся о возбужденіи перистальтики, — въ случаѣ нужды, при помощи подкожныхъ впрыскиваній физостигмина. Когда больная покинетъ постель, ей назначается рассасывающее леченіе, особенно гидropатическое, какъ при всякомъ хроническомъ воспаленіи (см. главу о параметритѣ). Особенно важно при этомъ позаботиться о регулированіи стула путемъ назначенія легкихъ слабительныхъ.

ци. Промыванія совершенно освобождаетъ полость брюшины отъ первыхъ. Съ другой стороны, оставляемая въ брюшной полости сыворотка, всасываясь, удаляетъ микробовъ изъ этой послѣдней, разнося ихъ по всему организму. При микробахъ высокой вирулентности такой эффектъ вливаній является весьма невыгоднымъ для организма, ибо онъ способствуетъ общей инфекции. Но при микробахъ малой вирулентности, какіе чаще попадаютъ въ брюшную полость при чревосѣченіяхъ, это дѣйствіе вливаній является, напротивъ, весьма выгоднымъ для организма: мало того, что микробы при этомъ не обнаруживаютъ никакого мѣстнаго дѣйствія на брюшину, — они при этомъ сразу во всемъ организмѣ подвергаются фагоцитарному дѣйствію лейкоцитовъ, вслѣдствіе чего организмъ быстрѣе освобождается отъ нихъ. В. Г.

1) Еще лучше принимать мѣры, вызывающіе дѣйствія кишечника у оперированныхъ, уже начиная со второго или третьяго дня послѣ операціи. В. Г.

## ОТДѢЛЪ ПЯТЫЙ.

### Болѣзни уретры и мочевого пузыря.

#### Глава XXI.

#### Болѣзни уретры и мочевого пузыря.

Otto Küstner'a.

#### I. Болѣзни уретры.

Изъ болѣзней мочеиспускательнаго протока часть была уже нами разсмотрѣна въ главахъ о порокахъ развитія, гонорреѣ и заболѣваніяхъ наружныхъ половыхъ органовъ. Среди аномалій образованія выпадаютъ такимъ образомъ: отсутствіе уретры, гипоспадія, эписпадія и ненормальная ширина при аплазіи внутреннихъ половыхъ органовъ.

Для изслѣдованія уретры служатъ: осмотръ, далѣе — пальпація со стороны рукава, при помощи которой, одновременно, уретра сдавливается въ направленіи сверху книзу, и такимъ образомъ изъ нея иногда выдавливается секретъ, который и служитъ для цѣлей микроскопическаго изслѣдованія.

Важное діагностическое значеніе имѣетъ здѣсь также т. наз. „проба съ двумя стаканами“. Больную заставляютъ мочиться въ два отдѣльныхъ сосуда. Стаканъ, заключающій первую порцію мочи, содержитъ, кромѣ этой послѣдней, также патологическіе секреты уретры — слизь, кровь, гной. Такимъ образомъ при помощи этой пробы можно рѣшить, выдѣляется-ли секретъ изъ мочеиспускательнаго протока, или изъ мочевого пузыря.

Можно также сдѣлать слизистую оболочку уретры доступною и для осмотра (уретроскопія). Для этого вводятъ въ уретру прямую трубку (пузырное зеркало S i m o n'a или, проще, мою пузырьную воронку), вытягиваютъ ее медленно назадъ и освѣщаютъ уретру, отдѣлъ за отдѣломъ, при помощи искусственнаго или натурального свѣта, отражающагося отъ вогнутаго зеркала, причемъ влающаяся въ отверстіе зеркала или воронки слизистая оболочка можетъ быть подобно осмотрѣна.

Пузырная воронка (рис. 271) является совершенно достаточною для этой цѣли. Специальныя уретральныя зеркала предложены особенно для примѣненія электрическаго освѣщенія Grünfeld'омъ, Casper'омъ и Stöckel'емъ. Нельзя примѣнять зеркаль во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣется, повидимому, острое воспаленіе уретры.

Изъ воспаленій слизистой оболочки уретры самымъ частымъ является гонорройное. Кромѣ того, тутъ могутъ играть роль и другіе микробы, которые населяютъ здоровую уретру въ качествѣ безобидныхъ эпифитовъ и лишь благодаря случайнымъ причинамъ, повреждающимъ слизистую оболочку этого органа (катетеризація, роды, операціи), могутъ приобрѣтать вредныя для тканей свойства.

Острая стадія воспаления уретры проявляется жжениемъ при мочеиспусканіи, а также иногда лихорадкой. Въ этой стадіи уретрита слѣдуетъ по правиламъ, изложеннымъ въ главѣ XXIII, т. е. избѣгать всякаго мѣстнаго вмѣшательства. Больнымъ предписываются покой, молочная діета, употребленіе Fachinger'скихъ и Wildungen'скихъ водъ, мѣстно согревающіе компрессы. Позднѣе примѣняется протираніе мочеиспускательнаго протока зондомъ, обернутымъ смоченной въ 2—10<sup>0</sup>/<sub>0</sub> растворомъ ляписа или въ растворѣ протаргола ватой. Особенно заслуживаетъ рекомендаціи введеніе въ уретру изураловыхъ палочекъ, содержащихъ 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub> изоформа (A s c h)<sup>1)</sup>. Параллельно, въ случаѣ нужды, надо лечить гоноррею шейки и тѣла матки.

Нерѣдко на слизистой оболочкѣ уретры встрѣчаются поверхностныя трещины продолговатой или овальной формы — такъ наз. fissуры уретры. Онѣ могутъ быть вызваны катетеризаціей или же травмами при родахъ (продолжительное и сильное давленіе головки ребенка) и обуславливаютъ собою жгучую боль при мочеиспусканіи. Лечатся трещины смазываніемъ ихъ 20<sup>0</sup>/<sub>0</sub> растворомъ argenti nitrici или мазью, содержащей это вещество, а также введеніемъ въ уретру растворяющихся палочекъ, содержащихъ  $\frac{1}{2}$ —1<sup>0</sup>/<sub>0</sub> азотно-кислаго серебра.

Въ рѣдкихъ случаяхъ воспаленіе слизистой оболочки уретры ведетъ за собою образованіе абсцессовъ въ околоуретральной ткани съ послѣдующимъ суженіемъ мочеиспускательнаго протока на чисто механической почвѣ. Въ этомъ отношеніи заслуживаетъ вниманія слѣдующее наблюденіе (H a n n e s):

Больная 31 г., однажды (въ 1900 г.) родившая въ срокъ и однажды (въ 1904 г.) выкинувшая. За послѣдніе 10 дней боли и разстройства мочеиспусканія, за послѣдніе 8 дней — задержаніе мочи, потребовавшее многократной катетеризаціи.

При изслѣдованіи 20 апрѣля 1910 г. оказалось, что передняя стѣнка рукава выпячена, и уретра сдавлена болѣзненной опухолью въ яблоко величины: матка и придатки нормальны; i<sup>0</sup> до 39, 2<sup>0</sup>; уретральный секретъ содержитъ гонококковъ. 22 апрѣля опухоль была проколота, причемъ въ гноѣ были найдены стрептококки; послѣ прокола, въ полость абсцесса былъ впрыснутъ лейко фермантинъ, послѣ чего i<sup>0</sup> упала до нормы. 6 мая опухоль перестала прощупываться, а 9 мая больная была отпущена домой здоровою.

Самымъ выдающимся симптомомъ при различныхъ болѣзняхъ уретры является недержаніе мочи. Оно зависитъ отъ расширенія уретры, которое можетъ быть врожденнымъ или же приобретеннымъ — послѣ экстракціи слишкомъ большихъ камней, послѣ другихъ поврежденій, послѣ частичнаго удаленія уретры при операціяхъ, послѣ родовыхъ травмъ и, наконецъ, въ тѣхъ случаяхъ, когда свищъ мочевого пузыря, закрытый оперативно, захватилъ одновременно и верхнюю часть уретры. Въ этихъ случаяхъ всегда имѣютъ мѣсто открытія или подслизистыя поврежденія сфинктера.

При выпаденіяхъ влагалища и матки стѣнки верхней части уретры оттягиваются другъ отъ друга, что нерѣдко также ведетъ къ недержанію мочи.

Отъ этихъ формъ недержанія слѣдуетъ отличать эссенціальныя формы — enuresis postigna, рефлекторное и истерическое недержаніе.

Если съ устраненіемъ выпаденія рукава и матки (см. главу IX) недержаніе

1) Очень хорошимъ способомъ леченія уретрита у женщинъ является также введеніе въ уретру антрофоровъ, содержащихъ такія вещества, какъ ихтиоль, протарголъ, ляписъ и т. п. В. Г.

не прекращается, то задачей терапии будет сужение патологически расширенной уретры.

Паллиативно весьма хорошо действует в подобных случаях воронкообразный пессарий (из твердаго каучука), предложенный Schatz'емъ. Пессарии этотъ вводятъ во влагалище, причемъ, находясь здѣсь, онъ производитъ длительное сжатіе уретры.

Оперативное лечение состоитъ въ изсѣченіи части уретры и въ пластическомъ ея суженіи со стороны влагалища (Schultze). Операция эта даетъ часто весьма хорошіе результаты. Послѣдующее лечение: катетеръ à demeure, или провизорное образование выше уретры пузырно-влагалищной фистулы (Fritsch), или примѣненіе подлобковаго пузырнаго дренажа (Stöckel). Другой способъ оперативнаго леченія состоитъ въ перекручиваніи уретры по оси (Gersuny); уретру высепаровываютъ изъ окружающихъ тканей, поворачиваютъ на  $180^{\circ}$ — $360^{\circ}$  и въ этомъ положеніи шьютъ снова.

Нѣкоторыми рекомендуются для подобныхъ случаевъ также періуретральныя инъекціи парафина. Другіе наблюдатели (Pfaannenstiel, Halban) высказываются противъ этого способа, такъ какъ послѣ него наблюдались легочныя эмболіи.

При эссенціальныхъ формахъ недержанія мочи примѣняются: гальванизація, ручной массажъ, вибраціонный массажъ, прижиганія уретры ляписомъ, мѣднымъ купоросомъ и хромовой кислотой. Въ новѣйшее время съ разныхъ сторонъ хвалятъ способъ Cathelin'a (впрыскиваніе 10—40 куб. сант. раствора поваренной соли, какъ при Вieg'овской спинномозговой анестезіи, то только не подъ асасnoidea, а подъ dura). При epuresis postica иногда слѣдуетъ лечить аденоидныя разрошенія въ носоглоткѣ.

Стенозы и стриктуры уретры являются нерѣдко послѣдствіями тяжелыхъ травмъ при родахъ. При очень значительныхъ пузырно-влагалищныхъ фистулахъ, иногда можно встрѣтить лишь маленькій остатокъ уретры, стриктурированный или вполне облитерированный въ верхнемъ концѣ. Я встрѣчалъ также при обширныхъ родовыхъ поврежденіяхъ влагалища полные поперечные разрывы мочеиспускательнаго канала.

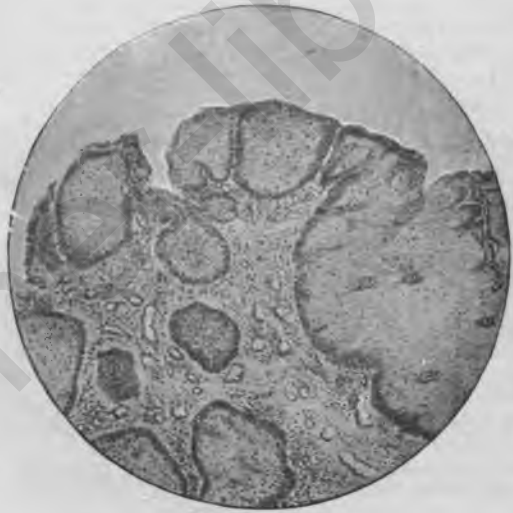


Рис. 261. Caruncula urethralis. Экстирпация.

Стриктуры уретры слѣдуетъ лечить и можно ихъ излечивать путемъ методическаго расширенія уретры при помощи градуированныхъ бужей. Для этой же цѣли съ успѣхомъ можно пользоваться моими маточными расширителями (см. главу XI).

Атрезія уретры при фистулахъ устраняются во время операціи надъ фистулой.

Люпозныя разрушенія вульвы и *ulcus rodens vulvae* захватываютъ въ большинствѣ случаевъ также и мочеиспускательный каналъ.

Изъ новообразованій уретры я оперировалъ однажды меланотическую саркому. Изрѣдка здѣсь наблюдаются также ангиомы и фибромы, первичныя саркомы и раки. При далеко зашедшихъ

ракахъ наружныхъ половыхъ органовъ часто вовлекается въ процессъ и уретра.

Среди доброкачественныхъ новообразованийъ нерѣдко въ уретрѣ наблюдаются такъ наз. уретральныя карункулы. Подъ этимъ названіемъ разумѣютъ различныя заболѣванія: гранулемы (набухания воспалительнаго происхожденія), сосочковыя ангиомы и сосудистыя мукозные полипы (Stöckel). Первые нерѣдко развиваются при застарѣлыхъ гонорройныхъ уретритахъ. Это — или маленькія, величиною съ горошину, сидящія около наружнаго отверстія уретры, въ большинствѣ случаевъ богатыя сосудами папилломы, или же значительныя гипертрофіи слизистой оболочки, при которыхъ дѣло доходитъ до выпаденія ея изъ мочеиспускательнаго канала (*prolapsus urethrae*).



Рис. 262. *Prolapsus urethrae*. Больная 71 г., ни разу не рожавшая, послѣдній годъ страдаетъ разстройствами мочеиспусканія. Выпаденіе уретры появилось внезапно, и и сичномъ натуживаніи. На рисункѣ можно видѣть, среди старчески измѣненныхъ малыхъ губъ, проляпсъ съ лѣсной орѣхъ величиною, въ верхней своей половинѣ подвергшійся поверхностному некрозу. Въ центрѣ некротизированной части отверстіе уретры. Изсѣченіе проляпса, наложеніе швовъ, выздоровленіе.

Удаленіе уретральныхъ опухолей по большей части весьма просто. Доброкачественныя опухоли срѣзываются ножницами, послѣ чего рана прижигается термокаутеромъ. При злокачественныхъ опухоляхъ мы жертвуемъ возможно большимъ количествомъ здоровой ткани изъ окрестности. Благодаря этому намъ часто приходится удалять часть уретры. Слизистая оболочка остающейся части уретры должна быть пришита нѣсколькими швами къ слизистой оболочкѣ влагалища. Если

вѣдствіе операциі получится недержаніе мочи, то оно лечится по вышеуказаннымъ правиламъ. Если, какъ это бываетъ иногда при злокачественныхъ опухолѣяхъ, приходится удалять всю уретру, то болынымъ значається мочепріемникъ, или дѣлается urethrocolpocleisis rectalis, или дѣлается пузырьный свищъ, надъ лобкомъ, послѣ зашиванія пузыря наглухо снизу.

Рѣзко выраженныя выпаденія слизистой оболочки уретры очень рѣдки. Они встрѣчаются преимущественно у дѣвочекъ и старухъ, между 18 же и 40 годами едва-ли наблюдаются. Происходятъ они болышею частью при внезапномъ сильномъ напряженіи брюшного пресса. Смотрия потому, выпячивается черезъ orificium externum urethrae нижняя или выше лежащая часть послѣдней, различаютъ простое выпаденіе и выпаденіе съ выворотомъ (Kleinwächter). Терапія перваго заключается въ отягати выпавшей части и наложеніи швовъ. Сложнѣе бываетъ оперативное вмѣшательство при выпаденіяхъ втораго рода. Здѣсь лучше поступать слѣдующимъ образомъ: проводить со стороны рукава сагиттальный разрѣзъ черезъ ту часть уретры, гдѣ слизистая оболочка представляется гипертрофированной, резецируютъ послѣднюю настолько, чтобы выпаденіе исчезло, и зашиваютъ разрѣзъ. Въ случаѣ нужды разсѣкаютъ всю уретру, резецируютъ излишекъ слизистой оболочки и накладываютъ швы. Нѣкоторые авторы (Fritsch, Stöckel) рекомендуютъ также литатурный способъ: въ уретру вводятъ Nélato'sкий катетеръ, затѣмъ на выпавшую часть накладываютъ кругомъ катетера, шелковую лигатуры и оставляютъ ихъ; черезъ нѣсколько дней перевязанныя части некротизируются и опадаютъ вмѣстѣ съ лигатурами.

Уретральные камни болышею частью попадаютъ сюда изъ пузыря, рѣже образуются въ дивертикулахъ уретры. Лечение ихъ состоитъ въ раздробленіи и извлеченіи корнцангомъ, при разсѣченіи уретры со стороны рукава и наложеніи швовъ.

## II. Болѣзни пузыря.

Діагностика заболѣваній пузыря и мочеточниковъ опирается преимущественно на данныя трехъ методовъ изслѣдованія: изслѣдованія мочи, осмотра пузыря, т. е. цистоскопіи, и пальпациі пузыря<sup>1)</sup>.

Для изслѣдованія мочи, послѣднюю должно собирать двумя порціями: когда болыная почувствуетъ позывъ на мочеиспусканіе, она должна очистить себѣ наружныя половыя части кускомъ ваты, а затѣмъ испустить мочу въ два различныхъ сосуда. Если имѣющіяся въ мочѣ примѣси (кровь, гной) происходятъ изъ уретры, то ихъ можно открыть только въ первомъ стаканѣ, во второмъ же моча чиста. Послѣ того, какъ болыная окончила актъ мочеиспусканія и полагаетъ, что выдѣлила всю свою мочу, ей вводятъ въ пузырь катетеръ и дѣлаютъ изслѣдованіе на такъ наз. „остаточную мочу“. Результатъ этого изслѣдованія рѣшаетъ вопросъ о томъ, опоражнивается-ли пузырь въполнѣ, или же нѣтъ.

Собранная моча центрифугируется или остаивается, и остатокъ изслѣдуется микроскопически, а сама моча фильтруется и изслѣдуется химически. Химическое изслѣдованіе мочи должно производить на бѣлокъ, сахаръ и ацетонъ. Если кромѣ бѣлка въ мочѣ имѣется и гной, то нужно выяснитъ отношенія этихъ веществъ другъ къ другу. Если на 50000 гнойныхъ клѣтокъ въ кубическомъ сантиметрѣ мочи, опредѣленныхъ счетчикомъ Thomas, будетъ найдена  $\frac{1}{10}\%$  бѣлка, то это обстоятельство говоритъ уже за почечную альбуминурию (Goldberg, Vietel).

Морфологическія составныя части мочи нужно извлечь пипеткой со дна пробирки и изслѣдовать ихъ въ свѣжемъ видѣ. Если въ мочѣ имѣются кусочки

1) Къ этимъ методамъ слѣдуетъ присоединить катетеризацію пузыря металлическимъ катетеромъ: при помощи катетера мы можемъ составить себѣ понятіе о положеніи пузыря, можемъ ощупать имъ имѣющіеся въ пузырьѣ камни, опухоли и проч. Разумѣется, полученныя этимъ путемъ данныя не могутъ отличиться такою точностью, какъ данныя, полученныя при помощи ощупыванія полости пузыря пальцемъ; но за то катетеризація не требуетъ ни предварительнаго расширенія уретры, ни наркоза. В. Г.

тканей, сохранивших свой свѣжій видъ, то лучше всего залить ихъ, окрасить и порѣзать. Если эти кусочки некротизированы, то они не окрашиваются и при изслѣдованіи позволяютъ только дѣлать догадки, но не ставить діагноза. Послѣ изслѣдованія остатка въ свѣжемъ видѣ, размазываютъ нѣкоторое его количество на покровномъ стеклышкѣ, фиксируютъ жаромъ, окрашиваютъ метиленовой синькой и изслѣдуютъ при помощи иммерзионной системы. Если мы встрѣтимъ на препаратѣ кокковъ, которыхъ необходимо отличить отъ гонококковъ, то слѣдуетъ окрасить ихъ метиль-виолетомъ или генціана-виолетомъ и затѣмъ обработать по Gram'у.

Цистоскопы Nitze представляютъ собою закрытые катетеры съ Мерсиеровской кривизной и маленькой лампой Edison'a на концѣ. У вогнутости колѣннаго изгиба продѣлано отверстіе, позади котораго находится призма, расположенная такимъ образомъ, что она отбрасываетъ по длинной оси катетера изображенія, воспринимаемая въ отверстіе. Въ длинной части катетера вставленъ цѣлый рядъ чечевицъ (оптический аппаратъ), которыя увеличиваютъ полученныя изображенія. Послѣднія разматриваютъ черезъ свободный конецъ цистоскопа. Въ цистоскопѣ Nitze № II отверстіе и призмы находятся не у изгиба, а въ короткомъ колѣнѣ цистоскопа, у выпуклой же стороны изгиба находится плоское зеркало, отбрасывающее изображенія по оси длинной части прибора. Winter для женскаго пузыря отказался отъ кривизны Mercier, цѣль которой — облегчить введеніе цистоскопа въ мужской пузырь, и сдѣлалъ цистоскопъ менѣе изогнутымъ, что является весьма цѣлесообразнымъ нововведеніемъ. Отъ лампы Edison'a идетъ двойной проводникъ къ рукояткѣ цистоскопа, гдѣ онъ можетъ быть соединенъ съ источникомъ электричества (аккумуляторомъ или батареей). У рукоятки находится еще весьма удобный прерыватель, при помощи котораго можно замыкать и размыкать токъ.



Рис. 263. Цистоскопъ Nitze. А — цистоскопъ № I съ отверстіемъ и призмой въ вогнутости, В — цистоскопъ № II съ отверстіемъ и призмой на выпуклой сторонѣ короткаго колѣна.

Замкнувши токъ и убѣдившись въ исправности освѣщающаго аппарата, затемняютъ комнату, заставляють больную принять соответствующее положеніе (какъ при гинекологическомъ изслѣдованіи) и наполняютъ пузырь 100—120 кубическими сантиметрами 1% раствора борной кислоты. Если содержимое пузыря мутно, то предварительно промываютъ пузырь до тѣхъ поръ, пока растворъ въ немъ не будетъ оставаться вполне прозрачнымъ. Если во время цистоскопированія содержимое пузыря будетъ постоянно мутнѣть, то слѣдуетъ примѣнить ирригаціонный цистоскопъ Nitze, при помощи котораго можно промывать пузырь во время самаго изслѣдованія. Чтобы предъ цистоскопированіемъ сдѣлать уретру нечувствительной, въ нее вводятъ при помощи шприца 1—2 куб. сант. 2% раствора кокаина. Теперь, прервавши токъ, вводятъ цистоскопъ въ пузырь, убѣждаются путемъ вдвиганія и выдвиганія, что лампочка Edison'a не касается стѣнокъ пузыря, но находится среди раствора борной кислоты, замыкаютъ токъ, раскалываютъ лампочку и разматриваютъ картину черезъ свободный конецъ длиннаго колѣна.

Конечно, черезъ маленькое отверстіе нельзя увидѣть всей внутренней поверхности пузыря, ни даже большей его части; поэтому, чтобы составить себѣ представленіе о всей внутренней поверхности пузыря, необходимо передвигать цистоскопъ. Эти движенія надо производить такимъ образомъ, чтобы не пропустить отдѣльныхъ участковъ пузырьной стѣнки, почему ихъ лучше всего дѣлать слѣдующимъ образомъ: цистоскопъ вводятъ глубоко внутрь, но такъ, чтобы онъ все-таки не касался верхней части пузыря; затѣмъ постепенно извлекаютъ его назадъ и при этомъ осматриваютъ не только медіальныя части передней пузырьной стѣнки, но и



боковые стѣнки пузыря, что достигается поворачиваніемъ цистоскопа направо и налѣво; послѣ этого цистоскопъ опускаютъ глубоко внизъ, поворачиваютъ его на 180° и такимъ образомъ осматриваютъ заднюю и нижнюю стѣнки пузыря и *trigonum Lieutaudii*.

Для правильнаго пониманія цистоскопическихъ картинъ нужно имѣть въ виду слѣдующее:

1) Цистоскопъ № I даетъ обратныя изображенія, а цистоскопъ № II — прямыя.

Зная это, нетрудно понять получающіяся при цистоскопії картины и взаимныя отношенія предметовъ, если только объекты будутъ болѣе простаго характера; но если приходится осматривать, прибѣгая къ поворотамъ цистоскопа, болѣе объемистые объекты, если, стало быть, придется имѣть дѣло съ сложными типами, то получаются самыя запутанныя сочетанія.

2) Предметы при цистоскопії представляются въ натуральную величину лишь тогда, если они находятся на разстояніи приблизительно 25 миллиметровъ отъ отверстія цистоскопа. Болѣе близкіе предметы представляются значительно увеличенными, а болѣе отдаленные — сильно уменьшенными.

При нормальныхъ условіяхъ внутренняя поверхность пузыря имѣетъ, при осмотрѣ ея цистоскопомъ, желтовато-красноватый, а у малокровныхъ особъ — болѣе блѣдный, даже бѣлый цвѣтъ.

Въ верхнемъ сводѣ пузыря виденъ дрожащій воздушный пузырь, имѣющій часто видъ гири (*Viertel*). У дна мочевого пузыря мы находимъ мочеточниковыя отверстія (собственно говоря, за одинъ разъ можно цистоскопировать только одно изъ нихъ); лица, не имѣющія еще навыка въ цистоскопированіи, легче всего могутъ распознавать эти отверстія по тому обстоятельству, что они періодически раскрываются черезъ промежутки въ нѣсколько минутъ, причемъ наполняющая пузырь жидкость приходитъ въ движеніе, и въ ней образуются струи, идущія отъ отверстія. Разстояніе между обоими отверстіями колеблется, по *Viertel*ю, между 13 и 35 миллиметрами. Между обоими мочеточниковыми отверстіями мы нерѣдко наблюдаемъ образующіяся внезапно складки слизистой оболочки, возникающія въ слѣдствіе сокращенія мускулатуры пузыря. Площадь *trigoni Lieutaudii* бываетъ часто усѣяна, иногда вплоть до отверстій мочеточниковъ, многочисленными кисточками величиною до просяного зерна. Когда цистоскопія окончена, слѣдуетъ приступать немедленно затѣмъ къ уретроскопії.

Проце, но съ меньшими результатами, разсматривать внутренность пузыря



Рис. 264.

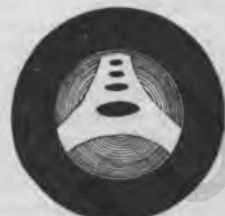


Рис. 265.

Рис. 264. Бѣлая полоска бумаги (на черномъ фонѣ) съ наклеенными 5 круглыми черными кружками. Нижний заштрихованный кусокъ отрѣзывается.

Рис. 265. Эта же полоска, какъ она представляется черезъ цистоскопъ (по *Viertel*ю).

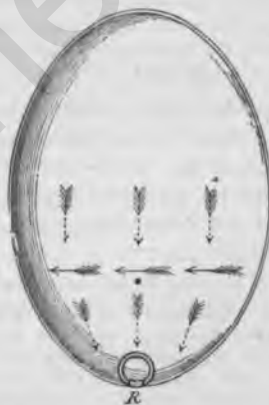


Рис. 266. Картонъ для пасхальныхъ яицъ въ качествѣ пузырнаго фантома. Кольцо R представляетъ *orificium internum urethrae*. Пунктированныя стрѣлки въ оригиналѣ окрашены въ красный цвѣтъ, а стрѣлки, нарисованныя непрерывными линиями, — въ синій. Справа изображеніе стрѣлокъ въ томъ видѣ, какъ онѣ представляются черезъ цистоскопъ (по *Viertel*ю).

по способу Kelly<sup>1)</sup>: уложив больную въ спинно-крестцовомъ положеніи съ сильно приподнятымъ задомъ, расширяютъ уретру дилататорами до 10—14 милл. Затѣмъ вводятъ въ нее круглое уретральное зеркало съ рукояткой, причемъ, благодаря отрицательному давленію въ пузырьѣ, обусловленному положеніемъ больной, внутрь пузыря входитъ воздухъ. Послѣ этого можно бываетъ освѣтить пузырь отраженнымъ свѣтомъ, при помощи лобнаго зеркала, и увидѣть отдѣльные участки его стѣнки. Благодаря болѣзненности расширения уретры и возникающимъ при немъ надрывамъ уретральнаго отверстія, способъ этотъ зачастую требуетъ наркоза.

Прощупываніе сильно наполненнаго пузыря чрезъ брюшные покровы обычно является дѣломъ нетруднымъ. Пузырь прощупывается въ видѣ круглаго, какъ шаръ, строго по средней линіи расположеннаго, флюктуирующаго бугра, находящагося непосредственно надъ лоннымъ сочлененіемъ. Если пузырь смѣщенъ къверху опухольями, которыя, исходя по большей части изъ половыхъ органовъ, развились въ тазу, то онъ послѣ наполненія становится еще легче доступенъ для пальпации. Прощупываніе опорожненнаго пузыря чрезъ брюшные покровы удается только тогда, когда стѣнки пузыря сильно гипертрофированы или же инфильтрованы воспалительными и неопластическими образованиями. Гипертрофированными мы находимъ стѣнки пузыря часто въ тѣхъ случаяхъ, когда выдѣленіе мочи должно въ теченіе долгаго промежутка времени преодолевать значительныя препятствія (функциональная гипертрофія).

Измѣненія на внутренней поверхности пузыря, могущія быть прощупанными, распознаются лучше всего при помощи бимануальнаго изслѣдованія, при которомъ одинъ палецъ вводятъ въ пузырь. Этотъ видъ изслѣдованія сопряженъ съ сильной болью, а потому производится обычно подъ наркозомъ. Кромѣ того, нужно имѣть въ виду тотъ фактъ, что введеніе даже очень тонкаго пальца всегда влечетъ за собою разрывъ уретральнаго отверстія, — впрочемъ довольно поверхностное, — и что нерѣдко въ теченіе нѣсколькихъ дней послѣ этого изслѣдованія наблюдается недержание мочи, хотя опять-таки въ большинствѣ случаевъ неособенно сильно выраженное. Въ виду этого не слѣдуетъ никогда предпринимать внутренняго изслѣдованія пузыря безъ особенной надобности и притомъ должно производить его, по возможности, мизинцемъ. Лучше всего передъ введеніемъ пальца расширить уретру градуированными бужами, причемъ расширение надо начинать съ № 7 и кончать № 13 или 15. Послѣ этого уже легко бываетъ ввести въ уретру палецъ. Такъ какъ *opificium urethrae* послѣ такого изслѣдованія обыкновенно надрывается, то, по окончаніи его, слѣдуетъ на разрывъ наложить швы.

Цистоскопію слѣдуетъ примѣнять при всѣхъ заболѣваніяхъ пузыря, гдѣ только она выполнима, за исключеніемъ остраго цистита. Къ ощупыванію же внутренности пузыря надо прибѣгать лишь тамъ, гдѣ только этимъ путемъ можно выяснитъ вопросы, на которые цистоскопія не въ состояніи дать отвѣта, напр. вопросъ о мѣстоположеніи опухолей.

Смѣщенія пузыря встрѣчаются у женщинъ весьма часто. Въ большинствѣ случаевъ они обуславливаются измѣненіемъ положенія и формы соседнихъ органовъ, особенно маточной шейки, широкихъ связокъ и влагалища, т. е. стало быть, наблюдаются при ретрофлексіи особенно беременной или обезображенной опухольями матки, при выпаденіяхъ ея, при выпаденіяхъ передней влагалищной стѣнки и при опухольяхъ шейки и широкихъ связокъ. Далѣе, пельвео-перитонитическіе процессы, переходя на пузырную брюшину и спаивая пузырь съ соседними органами — маткой, трубами, сальникомъ, иногда даже съ кишками, могутъ вести къ стягиваніямъ и неподвижности пузырной верхушки. Послѣдствіемъ этихъ смѣщений является то, что пузырь не можетъ настолько спадаться, чтобы просвѣтъ его полости совершенно исчезъ, — не можетъ вполнѣ опоражниваться, а это ведетъ къ воспаленію вслѣдствіе раздраженія застаивающейся мочою. Вообще смѣщеніе пузыря обыкновенно ведетъ за собою самыя тяжелыя формы цистита<sup>1)</sup>.

<sup>1)</sup> Столь же простъ способъ Отта, при которомъ уретра раскрывается при помощи ложкообразныхъ зеркалъ, одно изъ которыхъ снабжено маленькою электрическою лампою. Ложки зеркалъ имѣютъ около 6 сант. въ длину и 1 сант. въ ширину. В. Г.

Воспаленіе слизистой оболочки стѣнки пузыря встрѣчаются часто. Конечно, не подлежитъ сомнѣнію, что и здѣсь, какъ и въ другихъ слизистыхъ оболочкахъ, простуда можетъ вызвать конгестивныя состоянія. Точно также катарръ пузыря можетъ быть обусловленъ химически раздражающими веществами, которыя попадаютъ въ пузырь вмѣстѣ съ мочою, напр. катаридами и составными частями спиртныхъ напитковъ.

Самой частой причиною цистита являются, однако, микробы. При этомъ гонококковая инфекция сравнительно рѣдко распространяется на пузырь; за то здѣсь часто встрѣчается инфекция другими гноеродными бактеріями. Микробы, которые были находимы при инфекціонномъ катаррѣ пузыря, очень разнообразны. Rovsing нашель 8 патогенныхъ и 4 непатогенныхъ формы. Пиогенныя формы, найденныя этимъ авторомъ, были: 3 вида стафилококковъ, streptococcus pyogenes ureae, палочка бугорчатки и нѣсколько рѣдкихъ форм<sup>1)</sup>. Иногда возбудителями цистита являются proteus Hauser's и тифозная палочка, рѣдко гонококкъ, самымъ же частымъ возбудителемъ этой болѣзни служитъ bacterium coli (Barlow).

Бактеріи эти проникаютъ въ пузырь весьма различнымъ образомъ. Если, въ силу какихъ-либо причинъ, напр. простуды, присутствія въ пузырьѣ инородныхъ тѣлъ, камней и пр., сопротивляемость слизистой оболочки пузыря вреднымъ влияніямъ ослабеть, то въ пузырь проникаютъ изъ наружныхъ половыхъ органовъ и нижнихъ отдѣловъ уретры расщепляющіе грибки и вызываютъ воспаленіе. Такимъ образомъ циститъ является постояннымъ спутникомъ каменной болѣзни и тяжелыхъ — врожденныхъ или приобретенныхъ — дефектовъ пузыря, т. е., стало-быть, эктопій пузыря и пузырныхъ свищей. Возможность проникновенія въ пузырь кишечныхъ палочекъ, при запорахъ, кровеноснымъ путемъ (Rospner, Левинъ, Вреденъ, Markus) до сихъ поръ еще оспаривается. Далѣе въ пузырь нерѣдко проникаютъ изъ вульвы возбудители септического воспаления<sup>2)</sup>. Особенное предрасположеніе къ циститу наблюдается у старухъ.

Во многихъ случаяхъ, однако, возбудители цистита заносятся въ пузырь непосредственно, притомъ повидимому, чаще всего катетеромъ. Весьма вѣроятно, что у женщинъ катетерный катарръ пузыря является наиболѣе частымъ. При этомъ здѣсь дѣло далеко не всегда сводится къ неосторожному занесенію катетеромъ въ пузырь микробовъ, находившихся въ вульвѣ или въ нижнихъ отдѣлахъ уретры, — самъ катетеръ зачастую содержитъ въ себѣ инфекціонный матеріалъ, именно, въ своемъ слѣпомъ концѣ<sup>3)</sup>.

1) Миѣ пришлось однажды оперировать межсвязочную опухоль яичника, которая настолько смѣстила пузырь, что послѣдній оказался лежащимъ между маткой спереди и прямой кишкой сзади. В. Г.

2) Иногда, — особенно часто, повидимому, при бугорчаткѣ, — микробы проникаютъ въ пузырь нисходящимъ путемъ, изъ почекъ. Иногда, наконецъ они могутъ быть занесены сюда по кровеноснымъ и лимфатическимъ путямъ. В. Г.

3) Въ другихъ случаяхъ, повидимому, катетеризация можетъ вызвать циститъ даже и тогда, когда она производится абсолютно стерильнымъ катетеромъ. Дѣло въ томъ, что по изслѣдованіемъ Sava's и др. авторовъ, женская уретра въ огромномъ большинствѣ случаевъ содержитъ въ себѣ микробовъ, даже у женщинъ

Поэтому самыми целесообразными катетерами являются простые трубки толщиной в 5—6 миллиметров, которая легко стерилизовать и которая имеет по одному отверстию спереди и сзади, без всяких окошек и без слепых концов. Лучше всего изготовлять их из стекла, причем у концов они должны быть самым тщательным образом оплавлены так, чтобы здесь не было даже самой незначительной шероховатости. Их следует употреблять неслишком долго и затѣм выбрасывать. Можно также хорошо работать стеклянными катетерами и обычной формы, — следует только предъ каждымъ употребленіемъ ихъ хорошенько стерилизовать кипяченіемъ. Эластическіе катетеры труднѣе поддаются стерилизації 1).

Тяжелыя формы цистита нерѣдко наблюдаются послѣ большихъ гинекологическихъ операций, особенно послѣ абдоминальной экстирпации раковой матки. Поврежденія пузыря во время операций и послѣдующее длительное примѣненіе катетеризаціи вмѣстѣ производятъ значительно вредное вліяніе на этотъ органъ.

Микробы вызываютъ циститъ двоякимъ образомъ: во-первыхъ, они разлагаютъ мочу и вызываютъ въ ней аммиачное броженіе, которое дѣйствуетъ раздражающимъ образомъ на стѣнки пузыря; во-вторыхъ, сами микробы образуютъ на стѣнкахъ пузыря колоніи, которыя прорастаютъ въ толщу слизистой оболочки и въ болѣе глубоко лежащія ткани. Первымъ путемъ катарръ пузыря можетъ быть вызванъ и непатогенными микробами.

Зачастую воспаленіе пузыря возникаетъ, благодаря совмѣстному вліянію обоихъ этихъ факторовъ: разлагающаяся, благодаря присутствію микробовъ, моча оказываетъ вредное дѣйствіе на слизистую оболочку пузыря и дѣлаетъ ее доступною для дальнѣйшаго вѣдренія микробовъ.

Встрѣчается, однако, иногда и бактеріурія безъ цистита. Въ этихъ случаяхъ моча можетъ содержать массу бактерій, между тѣмъ какъ слизистая пузыря остается здоровою. Большею частію здѣсь идетъ дѣло о кишечныхъ палочкахъ.

Большое значеніе имѣетъ наблюденіе Rovsing'a, убѣдившагося въ томъ, что у животныхъ введеніе какъ непатогенныхъ, такъ и патогенныхъ микробовъ въ совершенно здоровый пузырь переносится хорошо и не обуславливаетъ катарра. Но, если пузырь перевязать и такимъ образомъ вызвать въ немъ задержку мочи, то непатогенные микробы вызываютъ разложеніе мочи, вслѣдствіе чего получается простой катарральный циститъ, патогенные же микробы сначала тоже вызываютъ простой циститъ, но затѣмъ онъ скоро переходитъ въ гнойный.

Эти изслѣдованія объясняютъ происхожденіе цистита и дѣлаютъ понятною важную роль, какую играетъ въ образованіи цистита задержка мочи. Въ самомъ дѣлѣ, мы нерѣдко наблюдаемъ очень тяжелыя формы цистита при болѣзняхъ, обуславливающихъ собою затрудненное опороженіе пузыря, каковы: выполняющія тазъ опухоли матки и ея придатковъ, retroflexio uteri gravidi, retroflexio uteri multiparosi и выпаденіе матки съ значительнымъ cystocele. При этомъ, смотря по тому, проникнутъ-ли въ пузырь патогенные микробы изъ уретры самопроизвольно или при посредствѣ катетера, или нѣтъ, — получается или простой циститъ, вызванный химическими агентами, или же инфекціонный. Следуетъ замѣтить, что и простой

совершенно здоровыхъ. Правда, по наблюденіямъ Schenk'a и Austerlitz'a, среди этихъ микробовъ рѣдко встрѣчаются патогенные, но во всякомъ случаѣ не подлежитъ, значить, сомнѣнію то обстоятельство, что у нѣкоторыхъ женщинъ при катетеризаціи можно занести даже стерильнымъ катетеромъ инфекціонныя начала изъ уретры въ пузырь. Отсюда не следуетъ смотрѣть на катетеризацію, какъ на совершенно безразличное вмѣшательство, а должно примѣнять ее лишь при наличности опредѣленныхъ показаній къ тому. В. Г.

1) Лучше всего, повидимому, стерилизовать ихъ текучимъ паромъ, завертывая предварительно въ полотно. Другіе рекомендуютъ стерилизовать эластическіе катетеры кипяченіемъ въ содовомъ растворѣ втеченіи 5—6 минутъ. В. Г.

циститъ, вызванный разложениемъ мочи, при большомъ растяженіи пузыря бываетъ весьма опасенъ.

Не подлежитъ сомнѣнію, что въ случаяхъ, когда мы имѣемъ дѣло съ больными, неспособными къ сопротивленію стѣнками пузыря, микробы въ полость пузыря могутъ проникать и чрезъ эти стѣнки, изъ сосѣднихъ частей <sup>1)</sup>. Источниками проникновенія микробовъ могутъ тогда быть паравезикальные абсцессы, гнойные фокусы въ параметрияхъ и придаткахъ матки и тѣ отдѣлы кишечника, которые, вслѣдствіе воспаленія, спаялись со стѣнками пузыря. Если тазовый абсцессъ вскрыется въ пузырь и опорожнитъ туда свой гной, то, разъ этотъ гной содержитъ еще вирулентныхъ микробовъ, онъ вызываетъ воспаленіе пузыря; если же гной уже стерильнъ, то воспаленія пузыря можетъ и не быть.

Патологическая анатомія. Та форма цистита, которая является послѣдствіемъ термическихъ, химическихъ или механическихъ раздраженій, выражается покраснѣніемъ слизистой оболочки пузыря, особенно въ области *trigoni*, переполненіемъ сосудовъ ея кровью и расширеніемъ ихъ.

Если воспаленіе микробнаго происхожденія, если стафилококки или кишечная палочка вѣдрили въ ткань пузырной мукозы, то указанная измѣненія выступаютъ болѣе рѣзко: инъекція сосудовъ и секретія слизи становятся болѣе значительными, *mucosa* пузыря во многихъ мѣстахъ, особенно на *trigoni*, изъязвляется; послѣднее бываетъ преимущественно тогда, когда къ бактеріальному раздраженію присоединяются механическіе инъульты (катетеризація, камни). Вообще внутренность пузыря можетъ быть невездѣ въ одинаковой степени поражена воспаленіемъ. Въ хроническихъ стадіяхъ дѣло доходитъ до своеобразной пролиферации и метаплазіи энтелія (*leukoplakia*, *xerosis*). Вслѣдствіе воспаленія слизистая оболочка, а въ болѣе позднихъ стадіяхъ — также и *submucosa* съ *muscularis*, инфильтрируются и утолщаются, отчего стѣнки пузыря дѣлаются неоднородными, твердыми и въ значительной мѣрѣ теряютъ свою способность къ расслабленію и сокращенію: достигши извѣстнаго *minimum*'а сокращенія, онъ постоянно сохраняютъ этотъ *minimum* (сморщенный пузырь). Особенно сильное отвердѣніе стѣнокъ пузыря и ихъ инфильтрація, дѣлающія пузырь доступнымъ прощупыванію, наблюдаются при поражении пузырныхъ стѣнокъ бугорчаткою, которая развивается здѣсь чаще вторично, при туберкулезѣ почекъ и почечныхъ лоханокъ, или же является частичнымъ проявленіемъ общаго туберкулеза.

Если, подъ вліяніемъ вѣдренія микробовъ, стѣнки пузыря поражаются *ad maximum*, то наступаетъ некрозъ и гангрена слизистой оболочки. Это можетъ случиться какъ при инфекціи стафилококками, такъ и при инфекціи кишечными палочками. Тогда *mucosa* пузыря отваливается цѣлыми лоскутками, а иногда можетъ отпасть *in toto* и выдѣлиться изъ пузыря со струей мочи или же быть вытнута при помощи корнцанга. Стѣнка пузыря при этомъ можетъ истончиться до чрезвычайности: я видѣлъ, какъ послѣ секвестраціи внутреннихъ слоевъ ея въ сущности оставался на мѣстѣ только брюшинный покровъ пузыря. Если въ этой стадіи наступитъ выздоровленіе, то пузырь еще сохраняется, хотя въ весьма сморщенномъ состояніи, причемъ внутренняя поверхность его покрывается чѣмъ-то въ родѣ тонкослойнаго эпителія. Чрезмѣрное истонченіе пузыря позволяетъ иногда инфекціи проникнуть съ внутренней его поверхности на брюшинный покровъ и обусловитъ заболѣваніе послѣдняго. Можетъ также въ подобныхъ случаяхъ наступить и разрывъ пузыря.

Легкіе циститы, вызванные кишечными палочками и гноеродными кокками, при которыхъ дѣло не доходитъ до болѣе обширныхъ некрозовъ, могутъ быть совершенно излечены, такъ что наступаетъ *restitutio ad integrum* ткани.

При тяжелыхъ формахъ заболѣванія воспаленіе распространяется на околопузырную кѣтчатку и пузырную брюшину — парациститъ и перициститъ.

Слипчивый черициститъ иногда случайно встрѣчается при лапарогоміяхъ. При этомъ верхушка пузыря оказывается рыхло или плотно сросшею съ гѣломъ

<sup>1)</sup> Заслуживаютъ вниманія въ этомъ отношеніи опыты Кроемга, который, впрыскивая окрашенныя жидкости въ ткань маточной шейки, наблюдалъ при этомъ проникновеніе впрыснутыхъ веществъ въ лимфатическіе сосуды пузыря.  
В. Г.

матки и передними листками широких связокъ. Состояніе это можетъ быть результатомъ бывшаго прежде цистита<sup>1)</sup>.

Течение цистита вполне зависитъ отъ его тяжести. Во всякомъ случаѣ мы должны здѣсь различать острую и хроническую форму, острую и хроническую стадію. Единственными симптомами химически вызваннаго цистита бываютъ боли, иногда слабыя, передъ и послѣ мочеиспусканія, а также учащенные позывы на мочу. Микробный циститъ въ острой своей стадіи сначала можетъ тоже проявляться одними этими симптомами да примѣсью гноя къ мочѣ; если, однако, заболѣванію принимаетъ болѣе тяжелое теченіе, то больная начинаетъ ощущать постоянное чувство боли и тяжести въ области пузыря, послѣдній начинаетъ реагировать сокращеніями на самую незначительную количественную мочи, и наступаетъ постоянное непроизвольное мочеиссѣленіе. Въ другихъ случаяхъ, вслѣдствіе вліянія бактерій на мускулатуру пузыря, послѣдняя можетъ совершенно расслабиться, и тогда пузырь, напротивъ, опоражнивается только тогда, когда онъ переполненъ.

Болѣе тяжелые микробные циститы сопровождаются лихорадкой, иногда сильной. Если дѣло доходить до разрушенія стѣнки пузыря, то циститъ представляетъ большую опасность, такъ какъ дѣло можетъ дойти до тяжелой, общей септической инфекціи, до перитонита. Если пузырь, при чрезмѣрномъ наполненіи, которое можетъ достигнуть громадной степени, лопается, то послѣдствіемъ этого является молниеносная брюшинная интоксикація. Другая опасность цистита заключается въ томъ, что изъ пузыря могутъ инфицироваться и мочеочники, и почечныя лоханки. — тогда жизни больной начинаетъ угрожать *pyelonephritis purulenta pers. nephritis suppurativa*.

Въ странахъ культурныхъ циститъ у женщинъ обыкновенно не достигаетъ такихъ высокихъ степеней, — раньше этого примѣняется терапевтическое вмѣшательство, которое отвращаетъ по крайней мѣрѣ непосредственную опасность для жизни больныхъ.

Въ хронической стадіи указанные признаки бываютъ обычно выражены слабѣе, лихорадка можетъ отсутствовать, но боли, частые позывы на мочу и пиурія могутъ быть значительны, причемъ въ отдѣльныхъ случаяхъ выступаютъ на первый планъ то одинъ, то другой изъ этихъ признаковъ.

Если наступило излеченіе микробнаго цистита, то все-таки функциональныя расстройства пузыря остаются долго. Если часть слизистой оболочки пузыря некротизировалась и отпала, то получается «рубцовый пузырь», который въ большинствѣ случаевъ не можетъ уже расширяться до прежней степени. Частые позывы на мочеиспусканіе и недостаточное замыканіе сфинктера — таковы симптомы, которые на долгое время переживаютъ воспаленіе.

**Д і а г н о з ъ.** При циститѣ химическаго происхожденія всякіе объективные симптомы отсутствуютъ. Если же дѣло идетъ о микробномъ циститѣ, то рѣшающее значеніе для діагноза имѣетъ изслѣдованіе мочи: если въ ней будетъ обнаруженъ гной, кровь, лоскутки ткани и микробы, если она даетъ нейтральную или

1) Еще чаще оно бываетъ результатомъ тазоваго перитонита, возникшаго вслѣдствіе проникновенія инфекціи изъ полового аппарата. В. Г.

щелочную реакцию и пахнуть аммиакомъ, то диагнозъ цистита весьма вѣроятенъ. Въ крайнемъ случаѣ нужно исключить возможность патологическихъ примѣсей изъ уретры и изъ мочеточниковъ. Возможность первыхъ можетъ быть исключена уже при помощи „двухпробного“ изслѣдованія, а еще вѣрнѣе, — если моча для изслѣдованія будетъ получена при помощи катетера. Дальнѣйшею точкою опоры для диагноза служитъ характеръ эпителиальныхъ клѣтокъ, находимыхъ въ мочевомъ осадкѣ: клѣтки почечныхъ лоханокъ длиннѣе и снабжены хвостиками, пузырьныя же короче. Впрочемъ я усиленно предостерегаю отъ того, чтобы приписывать слишкомъ большое значеніе этому признаку. Если на лицо имѣются боли въ пузырьѣ, частые позывы на мочу и лихорадка, то уже этихъ признаковъ достаточно, чтобы установить диагнозъ острого цистита. Цистоскопировать при послѣднемъ не слѣдуетъ; напротивъ, въ хронической стадіи цистоскопъ можно примѣнять и при его помощи можно легко провести отличительное распознаваніе между пѣлоуретеритомъ и циститомъ: при первомъ можно легко различить въ прозрачномъ содержимомъ пузыря мутныя облачка, выходящія изъ отверстій мочеточниковъ; стѣнка пузыря при этомъ представляется свободною отъ воспалительной красноты.

Равнымъ образомъ нетрудно бываетъ установить при помощи цистоскопій, что гной, встрѣчаемый въ мочѣ, не отдѣляется стѣнками пузыря, а происходитъ, напр. изъ абсцесса, вскрывшагося въ пузырь, — за это говорятъ блѣдная окраска слизистой оболочки пузыря и присутствіе въ томъ или другомъ мѣстѣ ея отверстія гнойника.

Газы въ пузырьѣ могутъ быть продуктами броженія мочи (*bacterium coli* или *bacterium lactis aerogenes*), но могутъ также происходить вслѣдствіе имѣющагося сообщенія съ кишечнымъ каналомъ.

Примѣсь кала въ мочѣ распознается въ тѣхъ случаяхъ, когда калъ имѣется въ большомъ количествѣ, по запаху и виду, а при незначительныхъ его количествахъ — микроскопически. Присутствіе кала въ мочѣ указываетъ на то, что пузырь сообщается съ кишками. Такое сообщеніе имѣетъ обыкновенно мѣсто тогда, когда параметральный, паравезикальный или трубный абсцессъ вскрылся, съ одной стороны, въ *rectum*, *S romanum* или *colon*, а съ другой — въ пузырь.

Терапія. При острой стадіи цистита слѣдуетъ предостеречь отъ всякаго мѣстнаго леченія. Постельное содержаніе, салолъ, уро-тропинъ, гельминтолъ (1,0—2,0 внутрь *pro die*), отваръ изъ медвѣжьего уха и льняного сѣмени, миндальное молоко, известковая вода съ молокомъ, воды *Wildungen*, *Vichy*, *Fachinger*, *Homburg Elisabethquelle*, молочная діета, устраненіе всякихъ острыхъ пищевыхъ веществъ, при боляхъ согрѣвающая компрессъ и грѣлки на область пузыря, теплая обіція и сидячія ванны, опій и морфій въ видѣ порошка, пилюль, растворовъ *per os*, подъ кожу и въ суппозиторияхъ (въ случаѣ нужды, съ прибавкой препаратовъ белладонны, напр. *Extr. belladonnae* 0,001, *Extr. opii* 0,02, *Butyri cacao* 2,0 или *Codeini* 0,03, *Butyri cacao* 2,0). — таковы средства, которыми слѣдуетъ ограничиваться при остромъ циститѣ.

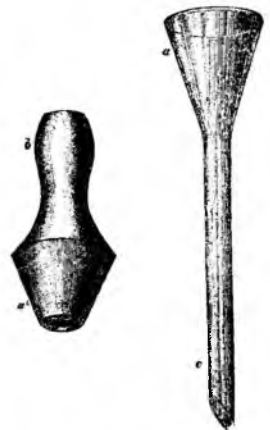


Рис. 267. Стеклоянная коронка Кюстнера съ наконечникомъ для промыванія женскаго пузыря. Стеклоянную воронку вводятъ въ пузырь, наконечникъ соединяютъ при помощи утолщенія *b* съ резиновою трубкой ирригатора, затѣмъ пузырь наполняютъ промывною жидкостью, что достигается вставленіемъ въ воронку а тщательно приложеннаго къ ней конуса *a'*; для удаленія жидкости изъ пузыря, снимаютъ конусъ изъ воронки.

Что касается микробныхъ формъ, то, имѣя въ виду, что онѣ въ большинствѣ случаевъ развиваются вслѣдствіе катетеризаціи, при нихъ слѣдуетъ еще разъ обратить особенное вниманіе на профилактику. Передъ введеніемъ катетера на-

ружные половые органы должны быть всякій разъ тщательно обмываемы какимъ-либо дезинфицирующимъ средствомъ; катетеръ слѣдуетъ вводить въ уретру не наощупъ, а подь контролемъ глаза; лучше всего употреблять стеклянные катетеры, чтобы легче можно было констатировать ихъ чистоту; предъ употребленіемъ катетеръ долженъ быть свѣже прокипяченъ или же послѣ кипяченія долженъ сохраняться въ дезинфицирующей жидкости (сулема, карболовая кислота, алкоголь), причемъ изъ этой жидкости его слѣдуетъ вынимать незадолго до введенія въ уретру.

Кромѣ того, вводить катетеръ слѣдуетъ осторожно, не травмируя имъ пузырьной стѣнки. Необходимо помнить, что при каждомъ введеніи даже и абсолютно-стерильнаго катетера мы заносимъ микробовъ изъ уретры въ пузырь. Если мы въ добавокъ къ этому еще поранимъ пузырь катетеромъ, то въ итогѣ выйдемъ, что ранки пузыря могутъ быть инфицированы даже стерильнымъ катетеромъ<sup>1)</sup>.

Терапія хроническихъ формъ цистита должна быть мѣстной. Послѣ того, какъ діагнозъ удостовѣренъ путемъ цистоскопіи, пузырь слѣдуетъ промывать разъ въ день дезинфицирующимъ растворомъ. При этомъ слѣдуетъ разъ навсегда запомнить то общее правило, что концентрація этихъ растворовъ должна быть значительно слабѣе, чѣмъ, напр., при ирригаціяхъ влагалища, матки или при промываніи ранъ. Такимъ образомъ карболовую кислоту слѣдуетъ употреблять приблизительно въ  $\frac{1}{2}\%$  растворѣ, борную кислоту — въ  $2\%$ , *Kali hypermanganicum* — въ  $\frac{1}{10}\%$ , салициловую кислоту — въ  $\frac{1}{3}\%$ , креолинъ — въ  $\frac{1}{2}\%$ , квасцы — въ  $\frac{1}{10}\%$ , соляную кислоту — въ  $\frac{1}{10}\%$ , танинъ — въ  $1\%$ , сѣрнобислый цинкъ — въ  $\frac{1}{2}\%$ . Наибольшимъ употребленіемъ пользуются при циститахъ борная кислота, азотнокислое серебро 1:2000 или слабѣе, итроль 1:2000 или слабѣе, актоль 1:4000. Этими тремя средствами можно вполне достигнуть цѣли; особенно нельзя при этомъ обойтись безъ ляписа. Лучшимъ аппаратомъ для промыванія пузыря является мой аппаратъ съ воронкой (рис. 267). Стеклянную воронку вводятъ въ пузырь, затѣмъ при помощи особаго конусообразнаго наконечника соединяютъ воронку съ резиновой трубкой ирригатора; вкладывая конусъ въ воронку и вынимая его оттуда, мы позволяемъ жидкости то вливаться въ пузырь, то вытекать изъ него. Жидкость для промыванія всегда должна имѣть комнатную температуру; передъ введеніемъ ляписнаго раствора надо предварительно промывать пузырь стерильною водой. Сначала за одинъ разъ слѣдуетъ вливать лишь незначительное количество жидкости. Если больная не можетъ переносить промываній, то я добивался хорошихъ результатовъ, вводя въ пузырь небольшія количества (приблизительно 50 граммовъ) іодоформной эмульсіи (іодоформа 50 частей, глицерина 40 ч., воды 10 ч. гумми 0,5 ч.).

Если циститъ еще не застарѣлъ, то въ большинствѣ случаевъ уже послѣ нѣсколькихъ промываній наступаетъ быстрое улучшеніе. Отъ этого улучшенія до полнаго выздоровленія дѣло подвигается уже медленнѣе.

1) По наблюденіямъ многихъ гинекологовъ, однако, всѣ эти мѣры являются недостаточными, особенно у большихъ, перенесшихъ операціи, сопряженныя съ значительной травмой пузырьной стѣнки (экстирпація матки *per vaginam*, особенно операція Wertheim'a и др.). Во избѣжаніе цистита, у такихъ больныхъ слѣдуетъ примѣнять или постоянный катетеръ, или послѣ каждой катетеризаціи промывать пузырь стерильнымъ борнымъ растворомъ. В. Г.



При очень тяжелых формах цистита слѣдуетъ сначала промыть пузырь стерильной водой и только послѣ этого дѣлать промываніе  $\frac{1}{2}\%$  растворомъ *argenti nitrici* (въ количествѣ приблизительно 10—25 граммъ). Вообще при некротическихъ, отслаивающихся, септическихъ формахъ цистита слѣдуетъ быть крайне осторожнымъ съ промываніемъ пузыря ядовитыми дезинфицирующими средствами; при этихъ воспаленіяхъ слѣдуетъ ограничиваться лишь водою или растворомъ поваренной соли.

При самыхъ тяжелыхъ формахъ цистита очень важно заботиться о томъ, чтобы пузырь постоянно оставался опорожненнымъ. Щелочная моча, въ которой непрерывно происходитъ быстрое размноженіе микроорганизмовъ, является постояннымъ раздражителемъ, вредно дѣйствующимъ на стѣнки пузыря. Это желательное постоянное опорожненіе пузыря, повидимому, достигается уже самопроизвольно вслѣдствіе тенеэмовъ, которыми почти всегда сопровождаются тяжелыя формы цистита. Нужно, однако, имѣть въ виду, что абсолютное опорожненіе пузыря отнюдь не всегда достигается самопроизвольно, почему здѣсь бываетъ полезно введеніе катетера *à demeure*. Для этой цѣли я пользуюсь стекляннымъ катетеромъ, который прикрѣпляется къ лобку при помощи липкаго пластыря. Многими употребляется также для этой цѣли «конская нога» *Skene* (см. ниже), — своеобразный короткій катетеръ, который самъ держится, благодаря утолщенію на концѣ, лежащимъ въ пузырь. При этомъ инструментѣ, однако, и безъ того трудно переносимые тенеэмы усиливаются иногда въ нѣсколько разъ. При сильно гнойной мочѣ, съ которой выдѣляются наружу куски ткани, катетеръ *à demeure* нередко закупоривается.

Поэтому для тяжелыхъ случаевъ цистита болѣе подходящимъ способомъ является наложеніе пузырно-влагалищнаго свища (*colpocystostomia*). Этотъ способъ, давно уже предложенный, но подвергавшійся осужденію со стороны многихъ авторовъ, въ настоящее время принятъ всеми. Непосредственнымъ результатомъ его является немедленное прекращеніе болей. Если фистула была сдѣлана неслишкомъ большая, то она послѣ излеченія пузыря закрывается самопроизвольно. Главнымъ показаніемъ для кольпоцистотоміи я считаю сильную инфильтрацію всей пузырной стѣнки, сопряженную съ сильными, мучительными болями, причемъ больная не можетъ переносить промыванія пузыря. И послѣ образованія фистулы промыванія пузыря должны быть продолжаемы: тогда промывную жидкость вливаютъ черезъ уретру; вытекаетъ же она черезъ фистулу.

Вмѣсто кольпоцистотоміи нѣкоторые прибѣгаютъ теперь къ надлобковому, вѣбрюшному разрѣзу пузыря, но, по моему мнѣнію, безъ достаточнаго основанія.

Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣются обширные некрозы въ пузырь, дѣлается и выскабливаніе послѣдняго — послѣ предварительнаго разрѣза сверху или снизу. Послѣ выскабливанія пузырь промывается ляписомъ. Способъ этотъ слѣдуетъ примѣнять лишь тамъ, гдѣ имѣются обширныя изъязвленія пузырной стѣнки и инкрустации въ ея тканяхъ.

Для самыхъ тяжелыхъ циститовъ необходимо, кромѣ того, и леченіе внутренними средствами. Съ одной стороны, здѣсь нужно наркотическими средствами (морфіемъ, опіемъ, белладонной) стараться облегчить боли и уничтожить тенеэмы, съ другой стороны, нужно назначать средства, усиливающія кислую реакцію мочи, такъ какъ доказано, что въ кислой мочѣ большинство микробовъ, обуславливающихъ циститъ, или совсѣмъ не развиваются, или же развиваются весьма плохо; усиленіе кислотности мочи можно соединить съ де-

зидфецирующимъ вліяніемъ лекарствъ; для обѣихъ этихъ цѣлей могутъ служить салициловая кислота, салициловый натръ, саломль, диплозаль (по 1,0 нѣскольکو разъ въ день) и препараты таннина. Значительное бактерицидное дѣйствіе проявляютъ только уротропинъ (по 1,0 на приѣмъ) и гельмитоль (также по 1,0 на приѣмъ), которые и слѣдуетъ примѣнять въ каждомъ случаѣ бактериальнаго цистита.

Для полнаго излеченія тяжелыхъ формъ цистита требуется много времени. Когда самыя тяжелыя симптомы уже устранены, то мы рекомендуемъ больнымъ продѣлать вышеуказанный курсъ леченія минеральными водами.

Образованіе камней въ мочевомъ пузырьѣ у женщинъ наблюдаются далеко не такъ часто, какъ у мужчинъ; это объясняется уже тѣмъ, что этиологическіе моменты, вызывающіе каменную болѣзнь, — мы разумѣемъ воспаленія пузыря, — у женщинъ излечиваются легче. Далѣе, маленькіе камни легко проходятъ черезъ широкую женскую уретру, а потому образованіе болѣе значительныхъ конкрементовъ не находятъ здѣсь благопріятныхъ условій.

Какъ и у мужчинъ, камни женскаго пузыря по большей части состоятъ изъ мочевой кислоты; около мочекислаго ядра отлагаются или фосфорнокислая амміакъ-магнезія, или щавелевокислая известь. Первые слои этихъ отложеній особенно часто напластовываются на ворсинчатыхъ разрастаніяхъ стѣнки пузыря, а иногда вокругъ посторнинныхъ тѣлъ, случайно попадающихъ въ пузырь, каковы, напр., обломки катетеровъ, шпильки отъ волосъ и другія орудія мастурбаціи, а иногда лигатурныя нити, наложенныя при операціяхъ по сосѣдству съ пузыремъ и затѣмъ ввѣдрившіяся въ послѣдній.

Если у больной катарръ пузыря существовалъ уже раньше, то камни въ пузырьѣ дѣлаютъ его постояннымъ; въ другихъ случаяхъ камни вызываютъ циститъ. При этомъ у больной развиваются сильныя тенезмы; сильно гнойная моча зачастую содержитъ примѣсь крови; иногда при мочеиспусканіи струя мочи внезапно прерывается, — камень закупориваетъ уретру.

Диагнозъ каменной болѣзни нетруденъ. Уже при бимануальномъ изслѣдованіи мы опредѣляемъ соответственное сопротивленіе въ пузырьѣ. Нашъ діагнозъ въ началѣ можетъ колебаться между камнемъ, новообразованіемъ и инороднымъ тѣломъ въ пузырьѣ. Убѣдительныя картины даетъ при этомъ цистоскопія, почти навѣрное же сомнѣніе можетъ быть устранено путемъ радиографіи.

Удаленіе камней у женщинъ гораздо проще, чѣмъ у мужчинъ. Если камни мягки (мочекислыя камни), то ихъ можно захватить крѣпкимъ корнцангомъ и раздробить, а затѣмъ вытащить по кускамъ или вымыть струей воды. Если же камни болѣе значительны и настолько тверды, что не могутъ быть раздроблены путемъ простой литотрипсіи, то лучше всего извлечь ихъ черезъ влагалищно-пузырный разрѣзъ. Послѣдній слѣдуетъ всегда предпочитать насильственному растяженію уретры, при которомъ послѣдняя обыкновенно надрывается; поэтому къ нему слѣдуетъ прибѣгать уже тогда, когда камни, будучи твердыми, достигаютъ величины голубинаго яйца. Разрѣзъ ведутъ продольно по передней стѣнкѣ влагалища и вскрываютъ имъ пузырь, который выпячивается во влагалище при помощи специально устроеннаго для этого, крѣпкаго, искривленнаго инстру-

мента. Черезъ этотъ разрѣзъ вынимаютъ камень, а разрѣзъ зашиваютъ или же оставляютъ его открытымъ, пока имѣющійся циститъ не будетъ вылеченъ. Лечать циститъ послѣ удаленія камня промываніями. Если намъ покажется, что камень настолько великъ, что намъ не удастся его удалить черезъ влагалищный разрѣзъ, то слѣдуетъ или раздробить камень послѣ проведенія разрѣза, или же сдѣлать высокое камнесѣченіе. Въ послѣднемъ случаѣ дѣлаютъ разрѣзъ надъ симфизомъ, вскрываютъ экстраперитонеально пузырь и вынимаютъ камень сверху.



Рис. 268. Головная шпилька въ мочевомъ пузырьѣ (радіографическая картина). На рисунокѣ, кромѣ очертаній шпильки, видны очертанія костей таза. Больная — лѣвица, имѣвшая привычку мастурбировать при помощи шпильки. Однажды она при этомъ заснула, причемъ, когда проснулась. — шпилька оказалась пропавшею. Сильныя разстройства со стороны пузыря: кровь въ мочѣ. Въ апрѣлѣ 1904 г. ко cystostomia, удаленіе шпильки, впоследствии зашивание фистулы.

Среди опухолей въ пузырь мы изрѣдка встрѣчаемъ фибромы, міомы, миксомы, саркомы, дермоиды и аденомы. Изъ сравнительно доброкачественныхъ опухолей относительно часто встрѣчается на внутренней поверхности пузыря папиллома, fibroma papillare или ворсинчатый полипъ, который представляетъ собою древовидно развѣтвляющуюся опухоль, обыкновенно весьма богатую сосудами, вдающуюся глубоко въ просвѣтъ пузыря. Тонкія, сильно васкуляризованныя вѣточки стромы опухоли бываютъ покрыты многослойнымъ эпителиальнымъ покровомъ (см. рис. 270).

Симптомами этой опухоли являются: гематурія, примѣсъ къ мочѣ гнойныхъ и слизистыхъ массъ и сильныя тенезмы.

Въ большинствѣ случаевъ сосочковья опухоли пузыря сидятъ на тонкой ножкѣ и могутъ достигнуть величины дѣтскаго кулака.

Какъ по своему строенію, такъ и по способности давать послѣ операціи рецидивы, онѣ стоятъ близко къ ракамъ, вслѣдствіе чего данное имъ въ свое время Rokitansky'мъ названіе «ворсистый ракъ» не лишено извѣстнаго основанія.

Кромѣ ворсинчатыхъ полиповъ, въ пузырьрѣ нерѣдко встрѣчаются плоскія папиллярныя разрошенія слизистой оболочки. Эти разрошенія захватываютъ ограниченныя, хотя въ иныхъ случаяхъ весьма обширныя участки пузырьной мукозы — иногда больше въ области *trigoni*, а другой разъ въ верхушкѣ пузыря. Разрошенія эти являются остатками стараго катарра.

Ракъ пузыря, встрѣчаясь самъ по себѣ сравнительно рѣдко, локализуется въ большинствѣ случаевъ на нижней и задней пузырьныхъ стѣнкахъ.



Рис. 269. *Carcinoma vesicae*. Больная 59 л. Нѣсколько мѣсяцевъ тому назадъ у нея появились кровотечения изъ пузыря. 22/v 1895 *kolpocystotomia*, удаление плоской полипозной опухоли вмѣстѣ съ ея основаніемъ и закрытіе пузырно-влагалищной фистулы. 21/vi 1895 больная выписалась изъ больницы.

Макроскопически онѣ представляется или въ видѣ дрововидно вѣтвящейся массы, сидящей на широкомъ основаніи, т. е. въ видѣ ворсистаго рака въ собственномъ смыслѣ этого слова, или же въ видѣ плоскаго, мало выступающаго надъ поверхностью пузырьной стѣнки новообразованія. Нерѣдко на свободной поверхности опухоли откладываются ураты, что дѣлаетъ ее при ощупываніи шероховатой. Въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ карцинома сидитъ въ сводѣ пузыря. Въ тѣхъ случаяхъ, когда ракъ пузыря ушелъ уже далеко впередъ, опухолью можетъ быть поражена большая часть стѣнки

этого органа. При микроскопическомъ изслѣдованіи мы встрѣчаемъ переходы въ папиллому, а въ другихъ случаяхъ имѣемъ дѣло съ медулярными инфильтраціями. При дальнѣйшемъ ростѣ опухоли и болѣе значительномъ распадѣ свободной ея поверхности къ этому присоединяется еще болѣе или менѣе рѣзкій катарръ остальной части слизистой оболочки, которая еще не поражена новообразованіемъ. Такъ какъ при этомъ кислая реакція мочи исчезаетъ, то разлагающіе мочу микробы, случайно попавшіе въ пузырь, находятъ теперь здѣсь болѣе удобную почву для своего развитія. Циститъ при рактѣ является въ большинствѣ случаевъ очень рано, одновременно съ инфильтраціей стѣнокъ пузыря, и въ соединеніи съ раздраженіемъ, которое вызываетъ сама опухоль, вдающаяся въ просвѣтъ пузыря, обуславливаетъ собою весьма часто тенезмы; а такъ какъ сокращенія пузыря при его воспаленіи сопряжены съ болями, то эти те-

незмы являются весьма мучительными для больныхъ. Разслабленіе пузыря, которое иногда наблюдается при сильныхъ циститахъ, встрѣчается и здѣсь.

Прогнозъ весьма неблагоприятенъ. Такъ какъ раковая опухоль по большей части сидитъ между устьями мочеточниковъ, притомъ нерѣдко весьма близко отъ нихъ, то ея нельзя радикально экстирпировать. Раки, сидящіе въ верхнемъ сводѣ пузыря, — встрѣчающіеся, впрочемъ, болѣе рѣдко, — даютъ лучшій прогнозъ, такъ какъ они находятся въ мѣстѣ болѣе удобномъ для оперативнаго вмѣшательства.

Не будучи оперированы, раки пузыря, какъ и другихъ частей тѣла, неизбежно ведутъ къ смерти. Обыкновенно больныя погибаютъ при этомъ не отъ кровотеченій, метастазовъ или кахексіи, но отъ продолжительныхъ, интензивныхъ циститовъ, отъ піелита и присоединяющагося къ послѣднему гнойнаго нефрита.

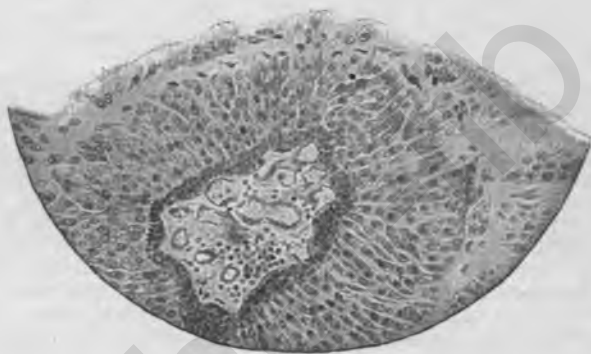


Рис. 270. Микроскопическій срѣзь черезъ сосочекъ изображенной на рис. 101 сосочковой фибромы мочевого пузыря. Толстый пластъ эпигелія, располагающійся въ нѣскольکو слоевъ на соединительно-тканномъ основаніи.

Діагнозъ пузырныхъ опухолей ставится весьма точно при помощи цистоскопіи. Картины ворсистыхъ опухолей, въ томъ увеличенномъ видѣ, въ какомъ онѣ получаются въ цистоскопѣ, весьма характерны. Констатировавъ присутствіе ворсистой опухоли, необходимо еще, для выбора соответственной терапіи, опредѣлить ея природу. Матеріаломъ для такого діагноза служатъ или тѣ куски тканей, которые случайно выдѣлились наружу съ мочей, или же куски, которые специально для этой цѣли отщемляются отъ опухоли при помощи корнцанга. Если опухоль несомнѣнно подлежитъ удаленію, то можно еще предварительно произвести ощупываніе пузыря, чтобы точно опредѣлить способъ прикрѣпленія опухоли. Лишь когда всѣ эти детали будутъ выяснены, можно приступать къ удаленію опухоли.

Если при ощупываніи будетъ распознана опухоль, сидящая на узкомъ основаніи, то ее можно просто оторвать отъ подлежащей ткани при помощи крѣпкаго корнцанга. Болѣе вѣрные результаты даетъ оперативное удаленіе опухоли черезъ разрѣзь пузыря, сдѣланный или со стороны влагалища, или, еще лучше, со стороны брюшныхъ стѣнокъ, въ верхнемъ сводѣ пузыря. Этому способу вмѣшательства нужно отдавать предпочтеніе всякій разъ, какъ только опухоль велика и ея доброкачественность не будетъ стоящей внѣ всякаго сомнѣнія. Не слѣдуетъ при этомъ забывать, что основаніе ворсистыхъ опухолей пузыря бываетъ обыкновенно весьма богато сосудами, а поэтому при пораненіи сильно кровоточитъ. Если кровотече-

ния нельзя унять при помощи введенія ледяной воды, то пузырь тампонируютъ вѣоформенной марлей или Pengawar Yambi, а также приобѣгаютъ къ примѣненію адrenalina и супраренина. Послѣ экстирпаціи пузырныхъ опухолей всегда вводятъ въ пузырь катетеръ à demeure.

Хорошей иллюстраціей сказаннаго является исторія случая, въ которомъ описаны рисунки 101 и 270.

Дѣвица 48 лѣтъ, переставшая уже носить мѣсячныя. Годъ тому назадъ у нея появились постоянныя кровавыя истеченія, впрочемъ весьма незначительныя. Нѣсколько мѣсяцевъ назадъ больная начала страдать недержаніемъ мочи и частыми позывами на мочеиспусканіе.

Въ половыхъ органахъ не обнаружено ничего патологическаго. Хотя пациентка раньше не лечилась, однако уретра у нея оказалась такъ широка, что мнѣ безъ труда удалось ввести въ пузырь палецъ и ощупать тамъ мягкую, довольно объемистую опухоль, которая прикрѣплялась къ дну пузыря при помощи ножки, толщиною приблизительно въ 1 сантиметръ.

9 окт. 1892 г. изслѣдованіе пузыря подъ наркозомъ, при помощи ошупыванія. При изслѣдованіи оказалось, что прощупанная нами уже раньше ножка является единственной связью, соединяющей опухоль со стѣнкой пузыря. Ножка эта лежитъ нѣсколько экстрамедіально слѣва и прикрѣпляется къ стѣнкѣ пузыря приблизительно на уровнѣ внутренняго маточнаго зѣва.

Разсѣченіе стѣнки пузыря отъ влагалишной части до шейки пузыря. Края пузырно-влагалишной раны вытягиваются въ introitus vaginae, ножка опухоли захватывается тупымъ крючкомъ и немного натягивается. Такъ какъ я подозреваю, что опухоль можетъ быть злокачественною, то я ножку не перевязываю, а прижигаю термокаутеромъ, какъ разъ у самаго ея основанія. Послѣ этого опухоль захватывается и выводится изъ пузыря.

Послѣ операціи весьма сильное кровотеченіе, которое въ концѣ концовъ удалось остановить холодными ирригаціями (ирригація дѣлалась такимъ образомъ, что наконечникъ ирригатора вводился въ уретру, а промывная вода вытекала черезъ влагалишно-пузырную рану). Для избѣжанія вторичнаго кровотеченія искусственная фистула оставлена сначала открытой, потомъ закрыта 27/IX. Гладкое теченіе и выздоровленіе. Больная выписалась 13/IX. Опухоль представляла собою папиллому.

Теперь я въ подобныхъ случаяхъ всегда приобѣгаю къ высокому сѣченію пузыря.

Оперативное леченіе карциномъ пузыря имѣетъ свою задачу экстирпацію опухоли вмѣстѣ съ той частью пузырной стѣнки, на которой она сидитъ. Если опухоль сидитъ въ сводѣ пузыря, что случается рѣдко, то слѣдуетъ произвести резекцію соответствующей части пузыря сверху, экстраперитонеально, вскрывъ для этого брюшную стѣнку надъ симфизомъ.

Точно также и при раковыхъ опухоляхъ, сидящихъ вблизи trigoni, лучше примѣнять верхній, надлобковый разрѣзь и чрезъ этотъ разрѣзь резецировать значительную часть пузыря и даже экстирпировать весь пузырь.

Въ одномъ случаѣ, гдѣ ракъ занималъ большую часть внутренней поверхности пузыря, Pawlik'у первому удался слѣдующій способъ: онъ отдѣлил мочеточки отъ пузыря и шилъ ихъ во влагалище; затѣмъ черезъ поперечный надлобковый разрѣзь отдѣлил пузырь отъ окружающихъ частей, а изъ влагалища перерѣзалъ въ поперечномъ направленіи уретру; послѣ этого онъ извлекъ пузырь и такимъ образомъ совершенно экстирпировалъ его. Образовавшаяся раневая полость была выполнена іодоформенной марлей и впоследствии закрылась путемъ гранулированія. Послѣ этого была сдѣлана у больной операція colpo-cleisis, уретра же оставлена нетронутой. Такимъ образомъ, резервуаромъ для мочи сталъ служить рукавъ, причемъ оставленный нетронутымъ sphincter vesicae продолжалъ выполнять свою прежнюю функцію. Больная долгое время оставалась свободною отъ рецидива.

Кромѣ рукава, мочеточки, при экстирпаціи пузыря, могутъ быть вшиваемы въ testum, какъ это въ подобныхъ случаяхъ дѣлается у мужчинъ. Въ томъ

и другомъ случаѣ болная, хотя и не неизбѣжно, подвергается опасности послѣдательнаго восходящаго уретерита и піелонефрита.

Къ неврозамъ пузыря относятъ иногда такія состоянія, въ основѣ которыхъ лежитъ ясно выраженное измѣненіе пузырныхъ стѣнокъ.

Выраженіе „irritable bladder“ слишкомъ неопредѣленно. Оно служитъ симптоматологическимъ обозначеніемъ для различныхъ, большею частью воспалительныхъ, но не распознанныхъ, какъ таковыя, состояній пузыря. Очень нерѣдко здѣсь идетъ дѣло о шеечномъ циститѣ.

Судорога пузыря, *cystospasmus*, наблюдается, какъ это мы не разъ упоминали, почти при всѣхъ воспалительныхъ заболѣваніяхъ пузыря, при новообразованіяхъ его и пузырныхъ камняхъ. Кромѣ того, судорога пузыря можетъ возникнуть и безъ наличности яснаго заболѣванія этого органа, подъ вліяніемъ простуды, особенно во время мѣсячныхъ, а также всѣдствие сильно раздражающей мочи послѣ употребленія спиртныхъ напитковъ. Устраніе вреднаго момента, покой въ постели, тепло-влажные компрессы (Priessnitz'евскіе) на область пузыря, термофоры и наркотическія средства излечиваютъ это страданіе.

Разслабленія пузыря нельзя смѣшивать съ механическими препятствіями къ выдѣленію мочи, наблюдаемыми при различнаго рода смѣщеніяхъ пузыря. *Cystocele* при выпаденіи рукава, смѣщеніе пузыря вверхъ и кзади при *retroflexio uteri gravidi* или *uteri myomatosi*, сжатіе уретры опухолями тазовыхъ органовъ, наконецъ, міомы и яичниковыя опухоли, выполняющія собою тазъ, могутъ совершенно препятствовать выдѣленію мочи или же не позволять пузырю вполне опорожняться. Для этихъ состояній характеренъ симптомъ *ischuriae paradoxae*, — больныхъ часто позываетъ на мочу, онѣ часто пытаются мочиться, и все-таки пузырь остается у нихъ полнымъ иногда до чрезвычайности. Настоящее расслабленіе пузыря наблюдается, хотя и рѣдко, какъ послѣдствие продолжительныхъ циститовъ. Кромѣ того, истинное расслабленіе пузыря наблюдается при заболѣваніяхъ центральной нервной системы, особенно спинного мозга, — при перерожденіи сѣраго вещества, менингитѣ, травмахъ мозга, а также иногда при поврежденіяхъ пузырныхъ нервовъ, идущихъ отъ *plexus coccygeus*. При расслабленіяхъ пузыря, остающихся послѣ циститовъ, дасть хорошіе результаты фарадизація.

## Глава XXII.

### Свищи влагалища и матки.

Otto Küstner'a.

#### I. Пузырно-влагалищные свищи.

Сообщения между пузырьком и верхней частью уретры — с одной стороны и влагалищем — с другой вызываются или неоплазматическими resp. инфекционными процессами, или же травмами.

Из неоплазматических процессов, в большинстве случаев, к образованию свищей ведут далеко зашедшие вперед раки шейного канала и portio vaginalis, перешедшие на влагалище, а отсюда на пузырно-влагалищную перегородку. Гораздо реже встречаются перфорации в пузырь люповых фокусов влагалища, что, конечно, зависит и от большой редкости в этом месте люпового процесса. Перфорация в пузырь гуммозных узлов влагалища встречается лишь в единичных случаях. Однажды я наблюдал образование пузырьно-рукавного свища под влиянием эстромены.

Травмы, вызывающие образование рукавных свищей, различны. Изредка повреждение пузырно-влагалищной перегородки наблюдается при изнасиловании и введении инородных тел в рукав. Иногда причиной пузырно-влагалищных фистул бывают плохо подобранные или долго пролежавшие в вагине пессарии, производящие давление на пузырно-влагалищную стенку и обуславливающие ее некроз. В последнее время пузырно-влагалищные фистулы наблюдаются весьма нередко, как вследствие рукавной экстирпации матки, особенно при раковом поражении последней. При том радикализм, с которым производится абдоминальное иссечение раковой матки, иногда операция эта сопровождается умышленным повреждением пузыря. Нарушения целостности пузырной стенки, ведущие к образованию фистул, бывают, равным образом, после симфизотомии и гебостеотомии. Я встречал также несколько раз фистулы, сделанные при кольпоцистотомии, произведенной по поводу цистита, и затем оставшиеся незакрытыми. Иногда попадают фистулы, обязанные своим возникновением соскальзыванию перфорационных инструментов или же неумелому их введению, а также неправильному применению тупых или острых крючков (см. рис. 271). Однако, типические пузырно-влагалищные фистулы возникают не вследствие непосредственного поранения, а вследствие сдавливания предлежащей частью плода, при долгом длящихся родах, в пузырно-влагалищной стенке, вследствие чего последняя омертвевает (гангрена от давления). Поэтому пузырно-влагалищные свищи образуются преимущественно при узком тазу, особенно же при общестуженных и общестуженных плоских тазах. Из указанных тазов на первом месте стоят рахитические таза, так как при этой форме задняя часть симфиза, вследствие рахитического утолщения энфизов лонных костей, значительно выдается в полость таза в вид характерного гребня. При широких тазах пузырно-влагалищные фистулы получаются в случаях запущенных поперечных положений, при чрезмерно больших плодах и головной водянке; некоторые из самых обширных дефектов, какие мне пришлось видеть, обязаны были своим возникновением именно этому осложнению.

Итак пузырно-влагалищные фистулы обычно возникают не вследствие неправильной подачи помощи при родах, но вследствие отсутствия этой помощи в нужные



моменты. Если-бы при всяких трудных родахъ былъ въ надлежащее время врачъ, и если-бы онъ вовремя производилъ перфорацию, поворотъ или извлеченіе плода, предохраняя такимъ образомъ тяжело инсультированныя мягкія части родового канала отъ сдавливанія, то большинство фистулъ не имѣло-бы мѣста. Оттого фистулы попадаютъ преимущественно въ такихъ мѣстностяхъ, гдѣ ощущается недостатокъ во врачахъ и акушеркахъ, или гдѣ трудно добиться ихъ посѣщенія. Фистулы — это исключительно болѣзнь бѣдныхъ людей, которые не въ состояніи позволить себѣ такую роскошь, какъ помощь врача при родахъ, или которые настолько необразованы, что не прибѣгаютъ къ враческой помощи вовсе. Рос-



Рис. 271. Громадная пузырно-влагалищная фистула съ одновременно имѣющимся выпаденіемъ рукава. Вся пузырно-влагалищная стѣнка уничтожена. Слизистая оболочка пузыря (темная) выпячивается впередъ. Въ сохранившуюся, нижнюю часть уретры вставленъ зондъ. Больная 46 лѣтъ, рожала 1 разъ, 6 лѣтъ тому назадъ. Роды окончены перфорацией и экстракціей плода острымъ крючкомъ. Немедленно послѣ родовъ наступило самопроизвольное истеченіе мочи, а послѣ того, какъ больная оставила постель, — къ этому присоединилось выпаденіе. Освѣженіе фистулы путемъ изсѣченія ея краевъ. Швы. Выздоровленіе 3 недѣли спустя вентрофиксация и задняя кольпоррафія.

сія 1), Польша, Венгрія, Галиція — вотъ страны фистулъ; но и здѣсь фистулы встрѣчаются только въ тѣхъ мѣстностяхъ, гдѣ распространены узкіе тазы. Въ то время, какъ я въ Дерптѣ, гдѣ среди мѣстнаго населенія Прибалтійскихъ губерній

1) Особенно восточная. В. Г.

рѣдко встрѣчаются узкіе тазы, оперировать за 6 лѣтъ 23 фистулы, Fritsch въ Бреславлѣ сдѣлалъ въ продолженіи 12-ти лѣтъ 200 такихъ операций. Fritsch полагаетъ, что съ распространеніемъ просвѣщенія и съ увеличеніемъ числа врачей и здѣсь количество фистулъ уменьшится. Это не подлежитъ сомнѣнію, такъ какъ въ Бреславлѣ я самъ въ теченіе первыхъ 7 лѣтъ оперировалъ больше ста фистулъ, между тѣмъ какъ за послѣдніе семь лѣтъ это число уменьшилось до 80.

Образованіе типической послѣродовой фистулы сопровождается обыкновенно весьма характерными симптомами. Если тазъ узокъ или если имѣется поперечное положеніе, то роды длятся нѣсколько дней, пока, наконецъ, не окончатся, благодаря акушерской помощи, или же и безъ нея. Ребенокъ рождается умирающимъ или мертвымъ, но родильница находится, повидимому, внѣ всякой опасности и лежитъ беззаботно въ постели. Такъ какъ при этихъ условіяхъ позывы на мочу бываютъ слабо выражены, то пузырь остается наполненнымъ необыкновенно долго, пока вдругъ моча не начнетъ вытекать самопроизвольно. Если питаніе пузырьно-влагалищной стѣнки было уже сильно разстроено вслѣдствіе продолжительнаго ущемленія ея между частями плода и тазомъ, до долго продолжавшесся растяженіе пузыря въ концѣ концовъ обуславливаетъ разрывъ тяжело инсультированной его стѣнки. Въ другихъ случаяхъ моча начинаетъ выдѣляться уже немедленно послѣ родовъ, во время которыхъ пузырьная стѣнка успѣла совершенно перфорироваться.

Дальнѣйшее теченіе процесса само по себѣ понятно. Послѣ того, какъ родильница оправится послѣ тяжелаго лихорадочнаго пузырперія, у ней остается постоянное неизвольное выдѣленіе мочи. Послѣдняя смачиваетъ наружныя половыя части и обращенныя внутрь части бедеръ. На волосахъ наружныхъ половыхъ частей отлагаются мочеислые соли. Вскорѣ образуется сильная экзема, которая ухудшаетъ и безъ того заслуживающее сожалѣнія состояніе больной.

Если свищъ малъ и лежитъ высоко, около шейки или въ области послѣдней, то у больной сохраняется въ извѣстной степени держаніе мочи. Она можетъ часть ея задерживать и испускать произвольно, другая же часть выдѣляется неизвольно. Иногда моча у больной выдѣляется неизвольно только при лежаніи и задерживается при стояніи и ходбѣ, иногда же бываетъ наоборотъ.

У многихъ фистулезныхъ больныхъ мѣсячныя приостанавливаются и появляются вновь лишь тогда, когда свищъ будетъ зашитъ.

Измѣненія, наблюдаемая во влагалищѣ при фистулахъ, часто весьма рѣзки. Рукавыя стѣнки уплотнены вслѣдствіе инфильтраціи: въ иныхъ мѣстахъ, а особенно на задней спайкѣ, онѣ представляютъ въ большинствѣ случаевъ значительныя рубцы, являющіеся результатомъ поврежденій при родахъ. Въ передней стѣнкѣ констатируется болышій или меньшій дефектъ. Если дефектъ великъ, то оцупывающій палецъ немедленно попадаетъ въ остатки пузыря. Малые дефекты также иногда безъ труда отыскиваются при оцупываніи. Края дефекта по большей части остры, тонки и при малыхъ дефектахъ довольно легко смѣщаются, при болышихъ же фистулахъ они неподвижны и неспособны къ смѣщенію, такъ что кажутся крѣпко приросшими къ костямъ передней стѣнки таза.

Въ большинствѣ случаевъ свищи, образовавшіеся, благодаря родамъ, лежатъ въ области передней рукавной стѣнки, не затрагивая уретры и маточной шейки. Иногда, однако, свищи захватываютъ и верхнюю часть уретры или располагаются лишь въ этомъ отдѣлѣ мочевого аппарата (уретрально-влагалищные свищи). Въ другихъ случаяхъ сопровождающіеся послѣдовательнымъ омертвѣніемъ давленіе дѣтской головки простирается также на нижнюю часть маточной шейки (пузырно-шеечно-влагалищные свищи) или ограничивается лишь областью шейки (пузырно-шеечные свищи). Иногда у одной и той же больной встрѣчается 2 свища, причеъмъ они постоянно лежатъ одинъ надъ другимъ.

Иногда, особенно въ тѣхъ случаяхъ, когда давящая сила при родахъ дѣйствовала весьма долго, въ области фистулы отсутствуетъ не только задняя, приле-

гающая къ рукаву пузырная стѣнка, но и противолежащая передняя стѣнка. Тогда пузырь представляется раздѣленнымъ на два сегмента: верхній и нижній (уретра). Такіе случаи я видѣлъ нѣсколько разъ, но описанія ихъ въ литературѣ, нигдѣ еще не встрѣчалъ<sup>1)</sup>.

Попадаютъ и такіе случаи, когда уретра бываетъ облитерирована въ той части, которая примыкаетъ къ фистулѣ. Однако эта облитерация можетъ быть обусловлена также образованіемъ рубцовъ, при поврежденіи лишь задней стѣнки уретры.

Оставшаяся слизистая оболочка пузыря находится всегда въ состояніи сильнаго воспаленія. Последнее обстоятельство обуславливается постояннымъ широкимъ сообщеніемъ пузыря съ влагалищемъ, въ особенности во время пурпуральнаго періода, а также венознымъ застоємъ въ тѣхъ частяхъ, которыя при большемъ дефектѣ выступаютъ въ его просвѣтъ<sup>2)</sup>.

Діагнозъ. Большія фистулы легко узнаются уже при помощи ощупыванія; при изслѣдованіи желобоватыми зеркалами, при этихъ свищахъ видно, какъ ярко-красная передняя стѣнка пузыря выпячивается сквозь фистулу въ рукавъ. Свищи меньшаго размѣра узнаются, при изслѣдованіи зеркалами, по выступающей черезъ нихъ струѣ мочи. Если фистулы очень малы, какъ это бываетъ, напр., въ тѣхъ случаяхъ, когда дѣло идетъ объ оставшихся послѣ операціи отверстіяхъ, то онѣ легко ускользаютъ отъ изслѣдующаго пальца и скрываются въ складкахъ передней влагалищной стѣнки.

Въ подобныхъ случаяхъ пытаются ввести въ пузырь, чрезъ свищевое отверстіе, зондъ со стороны рукава, а другимъ проникаютъ въ пузырь чрезъ уретру, и если оба зонда соприкасаются между собою концами, — это служитъ несомнѣннымъ доказательствомъ наличности свища.

Если свищ не удается найти и этимъ путемъ, то наполняютъ пузырь молокомъ или растворомъ метиленовой синьки и смотрятъ, при помощи желобоваго зеркала, въ какомъ мѣстѣ жидкость проникаетъ въ рукавъ. Не удается и это, — выполняютъ все влагалище пропитанной полуторо-хлористымъ желѣзомъ ватой, а пузырь наполняютъ слабымъ растворомъ карболовой кислоты. Если у больной существуетъ фистула, то на соответствующемъ мѣстѣ тампона получится фіолетовое пятно.

Прогнозъ зависитъ отъ величины фистулы. Очень маленькія фистулы излечиваются иногда самопроизвольно. Если свищъ остается стационарнымъ, то прогнозъ *quoad vitam* не является все-таки неблагоприятнымъ. Многія изъ большихъ, являющихся къ намъ для операціи, безъ особеннаго вреда несутъ свищи годами. Однако, опасность цистита, этого обычнаго послѣдствія фистулы, виситъ надъ головой большой, какъ Дамокловъ мечъ. Затѣмъ воспаленіе можетъ распространиться вверхъ на почечныя лоханки и обусловить собою гнойный нефритъ. Другою опасностью, угрожающей больной, является при фистулахъ образованіе мочевыхъ камней. Каменная болѣзнь можетъ угрожать самой жизни больныхъ серьезной опасностью, благодаря послѣдовательной урѣмнѣ.

1) Въ Казанской клиникѣ случаи подобнаго рода далеко не представляютъ рѣдкости.

2) Сравнительно рѣдко при фистулахъ наблюдается полный выворотъ пузыря и ущемленіе его. Такой именно случай мнѣ пришлось однажды наблюдать и оперировать. В. Г

Профилактика состоит въ подачѣ рациональной помощи при родахъ, особенно въ случаяхъ узкихъ тазовъ. Слишкомъ продолжительное давленіе подлежащей головки устраняется своевременнымъ наложениемъ щипцовъ, перфорацией, поворотомъ и извлеченіемъ, кесарскимъ сѣченіемъ или пубіотоміей.

Но даже, если при продолжительныхъ родахъ произошло уже роковое сдвиганіе пузырно-влагалищной стѣнки, все-таки путемъ правильного опороженія пузыря катетеромъ въ первые дни послѣродового періода можно предотвратить окончательное некротизированіе поврежденной ткани, какъ это выяснено Schultze. Въ такихъ случаяхъ я ввожу въ пузырь на нѣсколько дней катетеръ à demeure и настоятельно рекомендую подобный образъ дѣйствія.

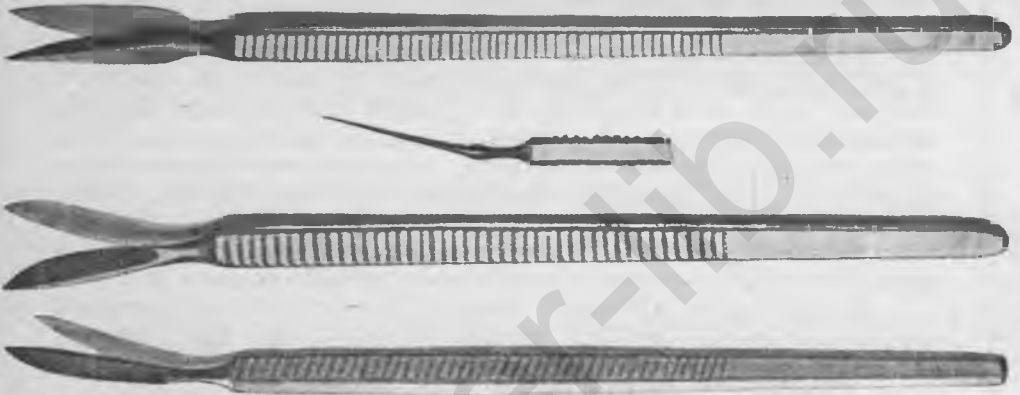


Рис. 272. Ножи для оперированія фистулъ, согнутые подъ угломъ къ плоскости клинка, — одинъ съ двумя лезвіями, а два съ однимъ.

Въ случаяхъ, гдѣ свищъ былъ съ успѣхомъ оперированъ, послѣдующіе роды въ состояніи вызвать такое же или еще большее поврежденіе пузырно-рукавной перегородки. Поэтому въ подобныхъ случаяхъ, особенно гдѣ имѣется налицо узкій тазъ, можетъ возникнуть вопросъ о примѣненіи, для сохраненія результатовъ операціи, искусственнаго выкидыша или кесарскаго сѣченія. Эту послѣднюю операцію я произвелъ въ одномъ такомъ случаѣ съ успѣхомъ. Примѣненіе здѣсь искусственныхъ преждевременныхъ родовъ и пубіотоміи является ошибкою.

Если при какой-либо гинекологической операціи произошло пораненіе пузыря, то рана должна быть немедленно же хорошо зашита (см. гл. XIV).

О терапіи свищей не приходится говорить много. Описать ее легко, хотя выполненіе ея является дѣломъ, требующимъ большого навыка и опытности.

При очень малыхъ фистулахъ можно способствовать самопроизвольному излеченію, которое, съ большей долей вѣроятности, наступило-бы и безъ нашей помощи. Для этого слѣдуетъ прижигать края свища ляписомъ *in substantia*, дымящейся азотной кислотой или раскаленнымъ желѣзомъ. Иногда этотъ способъ не приноситъ пользы, и мы даже увеличиваемъ прижиганіемъ тѣ фистулы, которыя были весьма незначительны. Это случается по большей части тогда, когда края фистулы тонки, а напряженіе тканей около фистулы значительно. Поэтому и для малыхъ фистулъ оперативный методъ является болѣе вѣрнымъ.

Чтобы обезпечить себѣ хорошій результатъ операціи, важно, съ одной стороны, выбрать для нея подходящее время, а затѣмъ — предварительно принять мѣры противъ всегда имѣющагося при фистулахъ, нерѣдко весьма значительнаго цистита. Фистулы не слѣ-

дуетъ оперировать раньше 6 недѣль послѣ ихъ образованія, такъ какъ до этого времени еще не подвергшіяся обратному развитію ткани рукава и влагалищной части являются слишкомъ вялыми, при захватываніи ихъ пулевыми щипцами и крючками онѣ легко рвутся и даютъ мѣшающія операциі кровотеченія. Далѣе, за нѣсколько дней до операциі слѣдуетъ промывать пузырь борной кислотой или слабымъ растворомъ (1 : 4000) ляписа.

Во время самой операциі весьма важно сдѣлать операционное поле легко доступнымъ. Для этой цѣли Neugebauer предложилъ особаго устройства, весьма громоздкій зеркальный аппаратъ, предназначенный для раскрытія рукава въ колѣбно-локтевомъ положеніи больной. Однако я, на основаніи личнаго опыта, считаю именно въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ лучшими зеркалодержателями искусныя руки понимающихъ оператора ассистентовъ.

Я довольствуюсь крайне простымъ инструментаріемъ. Больная лежитъ, конечно подъ наркозомъ<sup>1)</sup>, на простомъ операционномъ столѣ, доска котораго можетъ быть поднята на любую высоту. На колѣна накладывается ногодержатель Отта, а голени удерживаются стоящими сбоку двумя ассистентами. Для раскрытія рукава служатъ описанные въ главѣ XXIX подъемники различной длины и ширины. Кромѣ того, оператору нужно еще нѣсколько крѣпкихъ пулевыхъ щипцовъ для захватыванія влагалищной части и краевъ фистулы, нѣсколько плоскихъ крючковъ и нѣсколько хорошо захватывающихъ пинцетовъ съ зубцами.

Рѣжу я тонкими, прямыми, очень острыми скальпелями, лишь изрѣдка пользуясь ножемъ, согнутымъ подъ угломъ, а шью короткими, сильно искривленными иглами, имѣющими форму троакара, которыя захватываю иглодержателемъ Neegar'a или Kader'a. Иглы эти удобнѣе для трудно-доступныхъ угловъ, чѣмъ иглы Hagedorn'a съ ихъ иглодержателемъ, снабженнымъ поперечнымъ зажимомъ.

Для швовъ нужно пользоваться исключительно проволокой или сильквормгутомъ. Я употребляю только проволоку, потому что она не имбибируется и можетъ долго находиться въ ранѣ, не вызывая нагноенія въ уколахъ. Проволоку надо употреблять тонкую, такъ какъ толстая рветъ ткани.

Рис. 273. Плоскій крючекъ Simon'a для фиксированія тканей при оперированіи фистулы.



1) Крайне важно иногда оперировать больныхъ со свищами подъ такимъ наркозомъ, который-бы не давалъ въ послѣдствіи рвоты, ибо во время рвоты швы могутъ прорѣзаться, и даже тщательно зашитый свищъ можетъ начать пропускать мочу. Въ этихъ видахъ я считаю именно для операциі зашиванія мочевыхъ свищей особенно подходящею анестезію при помощи поясничнаго прокола. В. Г.

Удалять кровь съ операціоннаго поля надо лишь сухими компрессами, а въ случаѣ нужды — струею стерильной воды; дезинфицирующія жидкости для этой цѣли не должны быть примѣняемы.

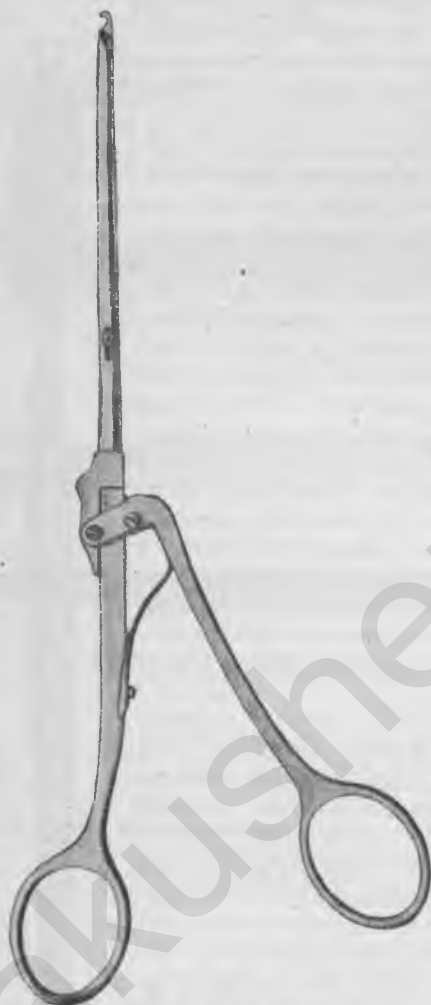


Рис. 274. Гильотина для снятія швовъ изъ глубины.

При хорошо смѣщаемыхъ фистулахъ средней величины и малыхъ освѣженіе краевъ фистулы не встрѣчаетъ въ большинствѣ случаевъ никакихъ затрудненій. Послѣ освѣженія слѣдуетъ соединить противоположащія края фистулы другъ съ другомъ, нисколько не опасаясь того, что вслѣдствіе слишкомъ большого напряженія тканей заживленіе можетъ не наступить<sup>1)</sup>. Но при очень большихъ дефектахъ разстояніе между краями фистулы настолько велико, что ихъ нельзя соединить другъ съ другомъ безъ другихъ вспомогательныхъ дѣйствій. Въ этихъ случаяхъ стараются добиться необходимой подвижности краевъ, смѣщая и вырѣзывая окружающіе свищъ рубцы. Иногда приходится удивляться, какіе большіе дефекты могутъ быть закрыты, благодаря этому приему.

Другой методъ, имѣющій задачей обезпечить неподвижность краевъ свища, принадлежитъ *Bozeman*'у. Способъ этотъ состоитъ во введеніи въ рукавъ все большихъ шаровъ изъ твердаго каучука, которые постепенно растягиваютъ рукавъ. Одновременно съ этимъ растягиваются и старые рубцы, такъ что даже самыя твердыя и неподатливыя изъ нихъ въ концѣ концовъ разрываются.

Изъ этихъ двухъ способовъ я, на основаніи личнаго опыта, предпочитаю всегда кровавый методъ некровавому. Способъ *Bozeman*'а, хотя и кажется болѣе щадящимъ больную, однако для достиженія полнаго эф-

фекта требуетъ со стороны послѣдней большого терпѣнія, такъ какъ введеніе шаровъ въ рукавъ крайне болѣзненно. Ни я, ни *Fritsch* не употребляемъ этого способа. Рубцы теперь разрѣзаютъ не такъ, какъ это дѣлали раньше — задолго до операціи, а въ одинъ сеансъ съ ней.

1) Какъ освѣженію, такъ и шиванію краевъ фистулы зачастую мѣшаетъ наклонность слизистой оболочки пузыря выпадать въ свищевое отверстіе. Чтобы устранить это выпаденіе, можно прибѣгнуть къ весьма цѣлесообразному приему, рекомендованному *Vishorom* и у насъ — *Спасокукоцкимъ*: на края свища накладываютъ нѣсколько лигатуръ, концы которыхъ выводятъ въ уретру; потягивая за эти концы, мы можемъ фиксировать края фистулы, что весьма важно какъ при освѣженіи, такъ и при шиваніи ихъ. В. Г.

Одного лишь удаленія и разрѣзыванія рубцовъ бываетъ, однако, недостаточно, чтобы поставить края рукавныхъ свищей въ благопріятныя условія для заживленія. Значительный шагъ впередъ былъ сдѣланъ въ этомъ отношеніи, когда мы стали производить освѣженіе свищей не путемъ отсепаровыванія ихъ краевъ, но путемъ расщепленія ихъ, причемъ всѣ ткани сохраняются, а между тѣмъ влагалищная рана является весьма широкою. Принципъ этотъ былъ дальше развитъ Mackenrodt'омъ, который сталъ отдѣлять пузырь отъ рукава не только въ непосредственной окружности фистулы, а на большомъ протяженіи, причемъ если свищъ лежитъ по близости влагалищной части, на этой послѣдней или проникаетъ нее, — то пузырь стать отсепаровываться и отъ матки. Отдѣленіе пузыря отъ влагалища или отъ матки производится тупымъ путемъ, при помощи пальца или насаженной на корндангъ марли, или же ножницами. При этомъ пузырь изолируется отъ рукава и пріобрѣтаетъ такую подвижность, что самъ собою принимаетъ нормальную форму; если часть его раньше была выворочена черезъ фистулу, то этотъ выворотъ самопроизвольно исчезаетъ. Отсепарованный пузырь зашивается отдѣльно глугутомъ. Затѣмъ надъ зашитымъ пузыремъ, до известной степени лишь для поддержки его, закрывается дефектъ рукавной стѣнки. Въ зависимости отъ особенностей случая, это можетъ быть производимо различнымъ образомъ: если края дефекта въ рукавной стѣнкѣ съ самаго начала были достаточно подвижны, или сдѣланы таковыми путемъ извѣченія или разсѣченія, то ихъ прямо сшиваютъ въ поперечномъ или косомъ направленіи: въ другихъ случаяхъ можно выкроить изъ слизистой оболочки рукава лоскуты и сшить ихъ надъ пузырьной раной; наконецъ, въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ пузырь былъ отдѣленъ отъ маточной шейки, можно произвести вагинофиксацию матки, проводя швы, идущіе въ сагиттальномъ направленіи, черезъ стѣнки рукава и одновременно черезъ шейку матки.

Какъ особенные методы, описаны и заслуживаютъ упоминанія слѣдующіе:

1) Лоскутная пластика. На одномъ краю освѣженной фистулы проводятъ подъ прямымъ угломъ два разрѣза длиной въ 1—3 сантиметра; затѣмъ отсепаровываютъ между ними, начиная отъ фистулы, слизистую оболочку влагалища отъ подлежащей ткани; тогда расположенный между разрѣзами край фистулы дѣлается подвижнымъ и можетъ быть пришитъ *vis-à-vis*. Подъ отсепарованнымъ лоскутомъ кладутъ нѣсколько погружныхъ швовъ изъ кѣгута. Въ другихъ случаяхъ вырѣзываютъ изъ боковой или задней стѣнки влагалища лоскуты съ широкой ножкой.

2) Первоначально ограничиваются тѣмъ, что зашиваютъ лишь ту часть фистулы, гдѣ соединеніе краевъ вполне возможно. Остальную часть свища закрываютъ въ слѣдующіе сеансы — послѣ того, какъ наступило уже заживленіе послѣ первой операціи.

3) Если края свища крѣпко приросены къ нисходящимъ вѣтвямъ лонныхъ костей, то ихъ нужно отдѣлить передъ операціей. Это дѣлаютъ черезъ надлобковый поперечный разрѣзъ (Schauta, Fritsch, Frank, авторъ) тупымъ способомъ, при помощи пальца, или же ножомъ и распаторіемъ<sup>2)</sup>. Если мы имѣемъ дѣло, какъ это часто бываетъ въ подобныхъ случаяхъ, съ полнымъ поперечнымъ отрывомъ отъ пузыря уретры, то пузырь дѣлаютъ подвижнымъ и затѣмъ пришиваютъ его къ освѣженной уретрѣ.

1) Нѣкоторые авторы (Santeg) рекомендуютъ даже, въ трудныхъ случаяхъ этого рода, сначала резецировать части костей и лишь затѣмъ приступить къ закрытію фистулы. В. Г.



4) Если фистула неподвижна и лежит очень высоко во влагалищѣ, то T r e n d e l e n b u r g предлагает оперировать ее изъ пузыря. Дѣлаютъ высокое камнещеченіе, широко раскрываютъ пузырную рану, пришиваютъ ея края къ краямъ брюшной раны, дабы вытянуть глубокія части пузыря, освѣжаютъ фистулу и зашиваютъ кэтгутовымъ швомъ.

5) Импланція матки въ фистулу по F r e u n d 'у наружный маточный зѣвъ освѣжаютъ и закрываютъ кэтгутовымъ швомъ, затѣмъ вскрываютъ задній D o u g l a s 'овъ карманъ, вытягиваютъ во влагалище ретрофлексированную матку и вшиваютъ ее задней, гесп. верхней стѣнкой въ освѣженную фистулу. При этомъ предварительно продыравливаютъ дно матки, т. е. вскрываютъ его поперечнымъ разрѣзомъ и соединяютъ слизистую оболочку матки съ серознымъ ея покровомъ. Черезъ продѣланное такимъ образомъ отверстіе будетъ вытекать послѣ выздоровленія больной менструальная кровь. Нѣкоторые операторы (A s c h и др.) вытягиваютъ матку не черезъ задній, а черезъ передній D o u g l a s 'овъ карманъ.

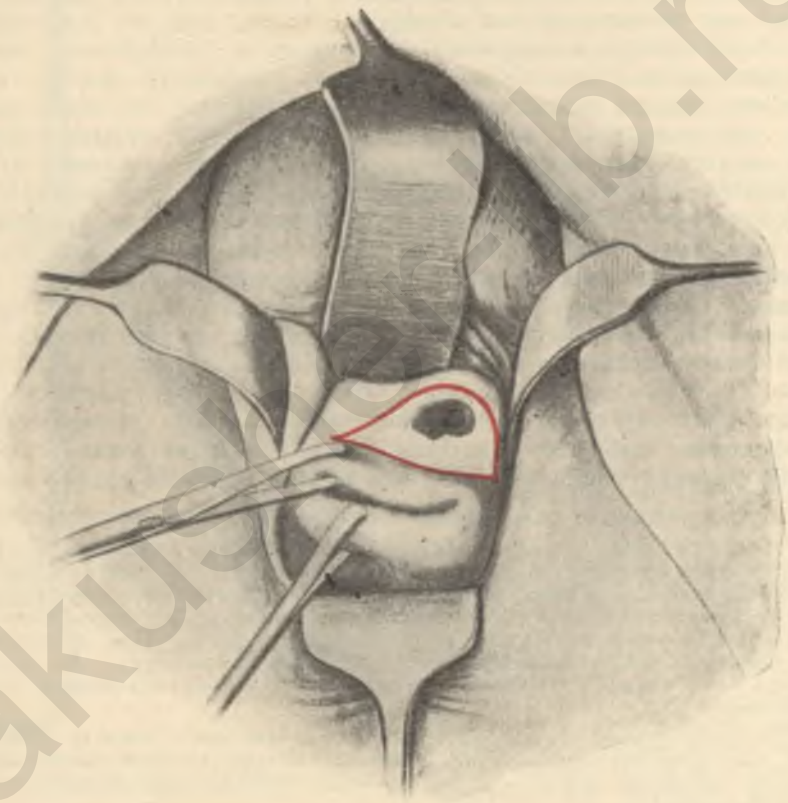


Рис. 275. Операция зашиванія пузырно-влагалищныхъ свищей по K ü s t n e r - B o l k o v i c h у. Разрѣзъ проводится такъ, какъ это указано на рисункѣ красной линіей.

Изъ этихъ методовъ я примѣнялъ съ успѣхомъ первые четыре. Въ частности относительно операции T r e n d e l e n b u r g 'а я долженъ сказать, вопреки отрицательному мнѣнію объ ней F r i t s c h 'а, что, хотя освѣженіе свища при этомъ способѣ и можетъ быть иногда весьма труднымъ вслѣдствіе отдаленности фистулы отъ брюшинной раны, однако при немъ часто заживаютъ такія раны, которыхъ видъ вовсе не идеаленъ.

Къ этому я долженъ прибавить, что способъ № 1 не долженъ быть примѣ-



няемъ безъ широкаго отдѣленія пузыря, такъ какъ безъ этого условія успѣхъ его ивѣренъ; при широкомъ же отдѣленіи пузыря способъ этотъ съ выгодою можетъ быть примѣняемъ всюду, гдѣ покрытія изолированно зашитой пузырьной раны нельзя достигнуть инымъ путемъ. Далѣе, способы №№ 2 и 4 при отдѣленіи пузыря отъ влагалища являются почти излишними, способъ же № 3 можетъ быть примѣняемъ иногда вмѣстѣ съ такимъ отдѣленіемъ.

За послѣдніе 8 лѣтъ, втеченіи которыхъ я оперировала свыше 50 токогенетическихъ (т. е. возникшихъ во время родовъ) фистулъ, мнѣ не пришлось прибѣгать ни къ одному изъ этихъ сложныхъ способовъ — благодаря тому, что я сталъ примѣнять тотъ методъ, который былъ мною самостоятельно продуманъ, описанъ же впервые Волковичемъ.

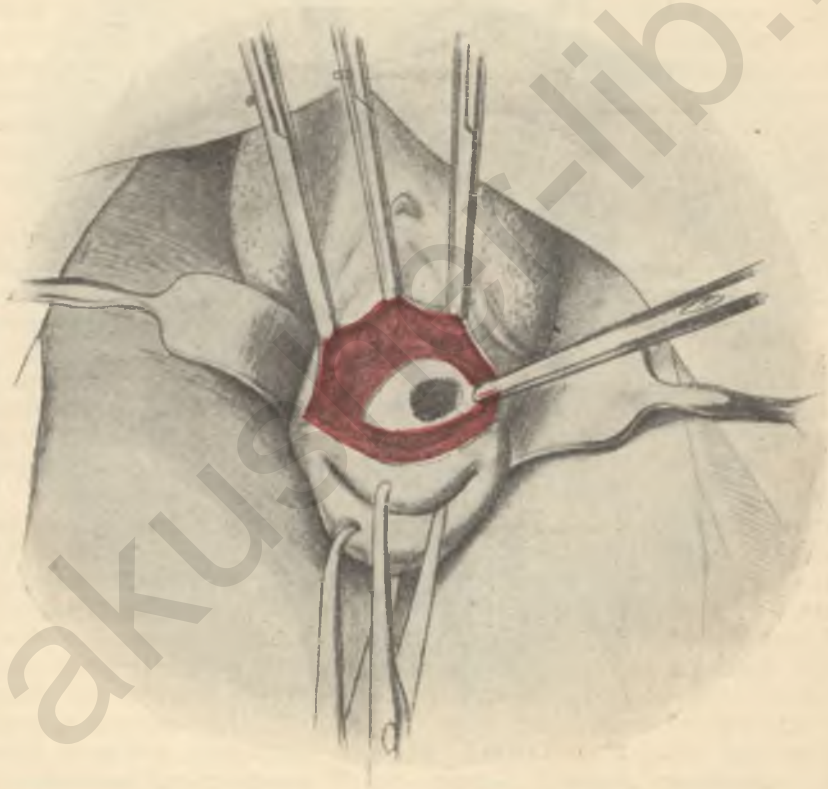


Рис. 276. Операция зашиванія пузырно-влагалищныхъ свищей по Küstner-Волковичу. Къ области разрѣза пузырьная стѣнка отсепаровывается по крайней мѣрѣ на протяженіи 1 сантиметра отъ рукава (вверху) и возможно шире — отъ влагалищной части (внизу).

Моя модификація этого метода гораздо проще, чѣмъ модификація Волковича, и состоитъ, выражаясь кратко, въ утилизаціи, для закрытія свища, надвлагалищной части матки. Произво-

дится это слѣдующимъ образомъ: захвативъ влагалищную часть матки пулевыми щипцами, низводятъ ее или, по крайней мѣрѣ, фиксируютъ послѣдними, — если рубцы въ рукавѣ не допускаютъ смѣщенія матки; затѣмъ проводятъ надъ нею поперечный разрѣзъ, какъ если-бы операторъ думалъ дѣлать влагалищную экстирпацию матки или переднюю кольпотомію (рис. 275). Отъ концовъ этого разрѣза проводятъ второй разрѣзъ книзу крутомъ свища. Послѣ этого отдѣляютъ (рис. 276) цервикальную часть матки, начиная отъ первого разрѣза, на довольно большое протяженіе, но не настолько далеко.

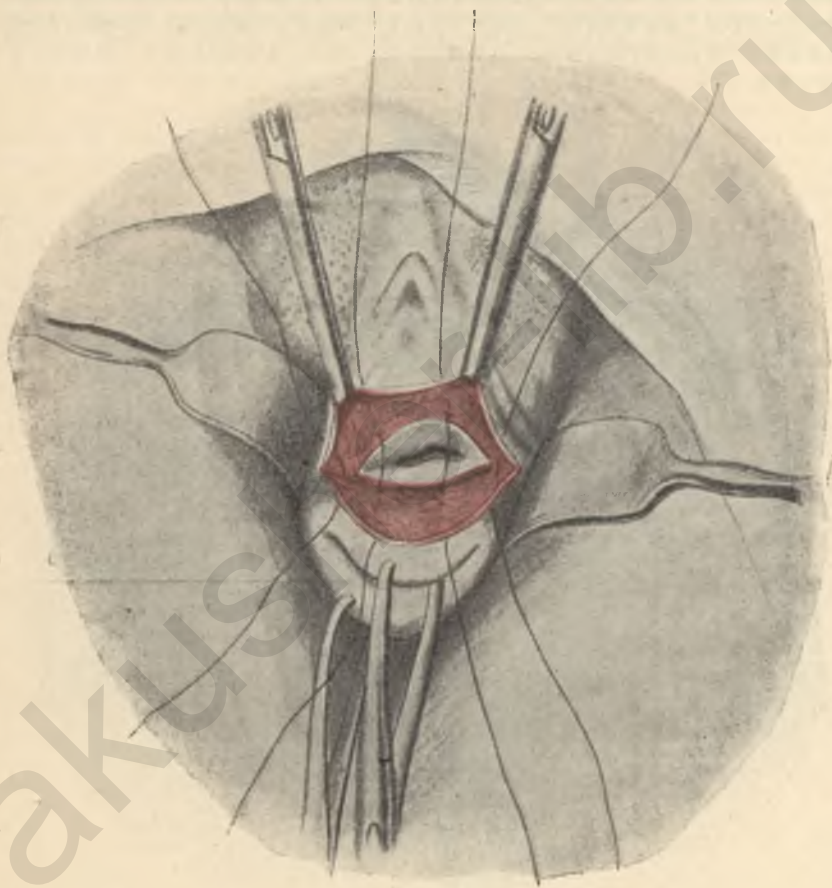


Рис. 277. Операция зашиванія пузырно-влагалищныхъ свищей по Küstner-Волковичу. Способъ наложения швовъ. Обычно уже небольшого числа проволочныхъ швовъ бываетъ достаточно, чтобы зашить даже объемистый свищъ.

чтобы вскрыть маточно-пузырную впадину. Когда это сдѣлано, углубляютъ и расширяютъ второй разрѣзъ, — разумѣется, остерегаясь при этомъ перфорировать пузырь, — настолько, чтобы рана имѣла minimum 1 сант. въ ширину (см. рис. 276). Далѣе сшиваютъ раныя поверхности такъ, какъ это показано на рис. 277. Для за-

крытія свища при этомъ требуется сравнительно небольшое число швовъ, такъ какъ раневыя поверхности хорошо прилегаютъ другъ къ другу.

Хотя, — какъ это видно изъ рисунковъ 275 и 276, — между подлежащими соединенію раневыми поверхностями и существуетъ довольно значительное несоответствіе, но подвижность тканей въ со-сѣдствѣ съ влагалищной частью обычно бываетъ достаточно велика, чтобы сдѣлать возможнымъ точное соединеніе раны.

Швы я накладываю обычно глубоко, такъ что зачастую бываетъ достаточно лишь одного ряда немногихъ швовъ. Изолированный катгутовый шовъ на пузырьную стѣнку является излишнимъ, да пожалуй, какъ показалъ Н а п п е s, и невыгоднымъ. При очень большихъ свищахъ въ этотъ шовъ можно захватить устья моче-точниковъ.

Ко всемъ трудно доступнымъ свищамъ создаетъ удобный доступъ S c h u e h a r d t'овскій вспомогательный разрѣзь (см. главу XIV). Если и при этомъ свищъ не достигается, и матка оказывается неподвижной, то можно провести разрѣзь кругомъ всей влагалищной части. Можно даже идти далѣе — перевязать и перерѣзать нижнія части широкихъ связокъ, даже вскрыть брюшину. При этомъ шейка дѣлается настолько подвижною, что ее легко бываетъ отдѣлить отъ пузыря, а края свища зашить безъ чрезмѣрнаго натяженія.

Подобнымъ же образомъ могутъ быть оперируемы и шеечно-рукавно-пузырные свищи, т. е. такіе, гдѣ передняя губа маточнаго зѣва и часть передней стѣнки шейки бываютъ уничтожены. При этихъ, нерѣдко очень трудныхъ свищахъ, сравнительно чаще приходится прибѣгать къ упомянутымъ вспомогательнымъ разрѣзамъ.

По описанному способу я оперировалъ, какъ сказано уже выше, свыше 50 пузырьно-влагалищныхъ свищей; среди нихъ нѣкоторые принадлежали къ числу очень трудныхъ; большинство этихъ свищей зажили уже послѣ одной операціи; только въ 4 случаяхъ потребовались повтореніе послѣдней.

При этомъ способѣ для закрытія фистулы служитъ матка, именно, нижняя часть маточной шейки, что и является наиболѣе характерною и притомъ весьма выгодною особенностью способа. Женщина, однако, здѣсь не уродуется, какъ при способѣ F r e u n d'a, а сохраняетъ вполне способный къ своимъ функциямъ и, въ частности, къ половому общенію половой аппаратъ. Кромѣ того способъ этотъ представляетъ еще слѣдующія преимущества: площадь освѣженія при немъ является широкою; оттого края ея можно легко и точно соединить другъ съ другомъ, что при другихъ способахъ нерѣдко является затруднительнымъ. Далѣе, края раны при этомъ оказываются подвижными, и ихъ можно бываетъ соединить безъ большого насилія. Для закрытія фистулы при этомъ необходимо бываетъ лишь небольшое число швовъ. Наконецъ, операція эта дѣлаетъ излишнею всякую лоскутную пластику, ибо такого объема, подвижнаго, находящагося въ хорошихъ условіяхъ питанія «лоскута», какимъ является здѣсь отсепарованная отъ пузыря шейка, не выкроишь ни изъ какого участка рукава.

Въ виду указанныхъ преимуществъ данный способъ заслуживаетъ всяческой рекомендаціи. Его

слѣдуетъ примѣнять во всѣхъ трудныхъ случаяхъ, пробуя прежде всякаго другого способа.

Послѣдовательный уходъ послѣ операціи зашиванія свищей весьма простъ. Чтобы въ первые 14 дней послѣ операціи рана не испытывала ни малѣйшаго напряженія, стараются держать пузырь постоянно пустымъ. Способность пузыря расширяться обыкновенно сильно страдаетъ отъ долгаго существованія фистулы; поэтому способность эту не слѣдуетъ подвергать испытанію въ такое время, когда имѣется требующій бережнаго отношенія *locus minoris resistentiae*, каковымъ является свѣже-зашитая фистула.

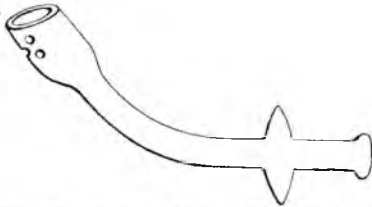


Рис. 278. Стеклаяная „лошадиная нога“ Skene. Расширенный, снабженный нѣсколькими отверстиями конецъ лежитъ въ пузырь и мѣшаетъ выскальзыванію катетера; на другой конецъ надѣта резиновая трубка, ведущая въ „утку“. Очень цѣлесообразный приборъ для постоянной катетеризаціи.

Въ этихъ видахъ я ввожу въ пузырь стеклянный катетеръ *a demeure*, прикрѣпляемый къ *mons pubis* полоской липкаго пластыря и соединенный съ резиновой трубкой<sup>1)</sup>. Если ввести въ пузырь одну только резиновую трубку или же эластическій катетеръ, то они очень легко закупориваются слизью, отдѣляемой катарральною воспаленной слизистой

оболочкой пузыря, или же отлагающимися уратами. Тоже самое можно сказать относительно «лошадиной ноги» Skene, представляющей собою своеобразной формы трубку изъ стекла.

Для тѣхъ случаевъ, гдѣ фистула простирается до уретры, Stöckel правильно рекомендуетъ вводить постоянный катетеръ не въ уретру, а въ искусственно образованный свищъ между уретрою и симфизомъ. Послѣ извлеченія катетера свищъ этотъ заживаетъ самъ собою. Способъ этотъ хорошъ. Я упростилъ его, введя при немъ употребленіе троакара, канюля котораго оставляется затѣмъ въ свищъ въ качествѣ постоянного катетера. Въ послѣднее время подходящий для этой цѣли изогнутый троакаръ съ оливообразнымъ утолщеніемъ канюли предложень и Stöckelъ. Способъ этотъ является настолько выгоднымъ по сравненію съ введеніемъ катетера или лошадиной ноги въ уретру, что я теперь принципиально примѣняю его послѣ всѣхъ операцій зашиванія свищей.

Швы я снимаю не раньше 14-го дня послѣ операціи. Если какой-нибудь шовъ совершенно прорѣжется, и вслѣдствіе этого образуется маленькое отверстіе, то оно навѣрное закроется самопроизвольно безъ всякаго вмѣшательства. Но фистулы, возникающія вслѣдствіе новаго разрыва раны, легко могутъ вызвать необходимость вторичной операціи.

1) Благоприятное вліяніе постоянной катетеризаціи на заживленіе свѣжезашитыхъ фистулъ объясняется, по моему мнѣнію, не только тѣмъ, что при ней устраняется растяженіе пузырныхъ стѣнокъ, но и тѣмъ, что при ней пузырная рана предохраняется отъ постоянного воздѣйствія на нее мочи. Постоянное смачиваніе свѣже-зашитой раны мочою, особенно мочою патологическою, крайне вредно вліяетъ на ея заживленіе. Чтобы еще болѣе уберечь ее отъ дѣйствія мочи, я, помимо постоянной катетеризаціи, настоятельно рекомендую придавать больнымъ, послѣ фистулоррафіи, такое положеніе, чтобы зашитая фистула находилась выше уровня того небольшого количества мочи, которое обыкновенно имѣется въ пузырь и при постоянномъ катетерѣ. Такъ, напр., если фистула лежала болѣе въ лѣвой половинѣ пузыря, я совѣтую держать больную послѣ операціи на правомъ боку и т. п. По моему убѣжденію, основанному на довольно большомъ матеріалѣ, эта мѣра имѣетъ огромное практическое значеніе. В. Г.

Въ иныхъ случаяхъ можно, какъ это дѣлаетъ Fritsch, оставить швы въ покоѣ до тѣхъ поръ, пока они не прорѣжутся и не отпадутъ сами по заживленіи фистулы.

Если фистула велика, то не мѣшаетъ имѣть въ виду предложенное Rawl-ik'омъ зондированіе чрезъ уретру обоихъ мочеточниковъ эластическими катетерами, которые должны оставаться въ мочеточникахъ во все время операціи. Только такимъ путемъ можно съ нѣкоторой увѣренностью не упустить изъ виду могущаго существовать одновременно съ фистулой дефекта мочеточника, далѣе — избѣжать пораненія мочеточниковъ и захватыванія ихъ въ швы. Если же операторъ пренебрегъ этою предосторожностью и вскорѣ послѣ операціи замѣтитъ у больной симптомы урэміи, то ему не остается ничего другого, какъ немедленно удалить по крайней мѣрѣ боковые швы и такимъ образомъ совершенно отказаться отъ полнаго успѣха операціи. При употребляемыхъ теперь способахъ зашиванія свища съ широкимъ отдѣленіемъ пузыря опасность захватить мочеточникъ къ швы является гораздо меньшею, чѣмъ при прежнихъ способахъ, особенно при тѣхъ, гдѣ пузырьная стѣнка не изолируется.

Крайнимъ средствомъ при фистулахъ, къ которому обычно прибѣгаютъ лишь весьма неохотно, является оперативное закрытіе влагалища — т. н. colpocleisis. Операція эта ведетъ къ нѣкоторымъ весьма неблагоприятнымъ послѣдствіямъ; но здѣсь приходится изъ двухъ золъ выбрать меньшее.

Первое время послѣ этой операціи самымъ удручающимъ послѣдствіемъ ея, особенно для молодыхъ замужнихъ женщинъ, является impotentia coeundi. Однако, вскорѣ онѣ находятъ утѣшеніе. Если влагалище закрыто неслишкомъ близко кънаружи, то, подѣ влияніемъ стараній супруга, у больной вскорѣ образуется родъ слѣпago мѣшка, который можетъ удовлетворять скромнымъ требованіямъ.

Болѣе серьезнымъ послѣдствіемъ разбираемой операціи является образованіе мочекислыхъ конкрементовъ. Послѣдніе образуются вслѣдствіе отложенія мочекислыхъ солей или на комкахъ слизи, имѣющейся и образующейся въ рудиментъ влагалища, или же вокругъ большихъ или меньшихъ сгустковъ крови, которые, при непрекратившихся еще мѣсячныхъ, также застреваютъ въ бухтахъ и углубленіяхъ сложнаго мочевого резервуара. Конкреции эти могутъ потомъ расти съ большою быстротой, увеличиваясь на подобіе скатывающагося по снѣжной покатоности снѣгового комка. Я находилъ значительныя конкреции уже спустя нѣсколько мѣсяцевъ послѣ операціи colpocleisis, а по истеченіи 1½ года — уже столь значительныя, что для ихъ удаленія нужно было прибѣгнуть къ кровавому раскрытію мочевого резервуара.

Съ другой стороны, однако, я знаю больныхъ, которыя многіе годы чувствовали себя прекрасно послѣ этой операціи. Образованіе камней слѣдуетъ предотвращать при помощи періодическихъ промываній мочевого резервуара и при помощи средствъ, поддерживающихъ кислотность мочи.

Colpocleisis показуется въ тѣхъ случаяхъ, когда всѣ вышесказанныя методы, служащіе для восстановленія цѣлости пузыря, не даютъ результатовъ. Крімъ того, при этомъ необходимо, чтобы уретра была снабжена достаточнымъ запирающимъ аппаратомъ.

Чѣмъ искуснѣе и опытнѣе операторъ, тѣмъ рѣже приходится ему прибѣгать къ этому крайнему оперативному средству. При нашей усовершенствованной методикѣ зашиванія свищей оно явля-



Рис. 279. Мочепрѣмникъ изъ каучука съ тазовымъ поясомъ и лентой для прикрѣпленія къ бедрамъ. Этотъ мочепрѣмникъ можетъ открываться и запирается при помощи крана, закрытаго резиновымъ придаткомъ.



ется даже почти излишнимъ. За послѣдніе 12 лѣтъ я ни разу не имѣлъ повода обращаться къ нему.

Техника операциі состоитъ въ слѣдующемъ: на 1—2 сантиметра кзади отъ наружнаго отверстія уретры осѣвжаютъ во влагалищѣ кольцо шириною приблизительно въ 1 сантиметръ. Нижний край этого кольца долженъ находиться приблизительно на высотѣ остатковъ гимена. Затѣмъ влагалище закрываютъ въ сагиттальномъ направленіи швами, причемъ тотчасъ за уретральнымъ отверстіемъ линия швовъ, на всемъ остальномъ протяженіи прямая, должна вилообразно раздѣиваться, въ виду существующаго здѣсь взаимоотношенія тканей. Этимъ путемъ мы избѣгаемъ расхожденія краевъ раны, которое иначе легко можетъ произойти на данномъ мѣстѣ.



Если, какъ это бываетъ при обширныхъ фистулахъ, разрушенію и деграсси и большая часть уретры, такъ что отъ нея сохранилось только 1—2 сантиметра, то непроизвольному выдѣленію мочи не можетъ помѣшать и colprocleisis. Въ подобныхъ случаяхъ остается только закрыть совершенно вульву и уретру, образовавъ сначала поперечную ректовагинальную фистулу, выше заднепроходнаго сфинктера, причемъ больная получаетъ возможность удерживать мочу per rectum (colprocleisis rectalis). Въ мнѣніяхъ, отрицающихъ пользу этой операциі, нѣтъ недостатка<sup>1)</sup>. Но все-таки она дѣлаетъ судьбу столь достойныхъ сожалѣнія больныхъ болѣе сносной и потому при вышеописанныхъ условіяхъ не можетъ быть отвергнута, въ чемъ я совершенно согласенъ съ Fritschewъ. Если уретра разрушена, то другой, способной функционировать, уретры устроить нельзя. Вслѣдствіе этого и мнѣ, между прочимъ, пришлось дѣлать эту операцию въ цѣлой серіи случаевъ.

Рис. 280. Троакарь для дренированія подь симфизомъ. Троакарь этотъ вкалывается тотчасъ подь lig. asiatum inferius, послѣ чего стiletъ извлекается, канюля же остается лежать, будучи удерживаема оливобразнымъ расширеніемъ; на другой конецъ ея надѣвается резиновая трубка.

1) Наиболѣе не выгодная сторона этой операциі заключается въ томъ, что послѣ нея мочеполовой аппаратъ неизбежно инфицируется изъ прямой кишки, которая, какъ извѣстно, является резервуаромъ, содержащимъ массу микробовъ. Инфекція эта, распространяясь восходящимъ путемъ и достигая почекъ, можетъ имѣть въ концѣ концовъ роковыя послѣдствія для больныхъ. Лучшимъ средствомъ устранить это и другія неблагоприятныя послѣдствія colprocleisis rectalis является присоединеніе къ послѣдней операциі уретропластики по идеѣ С у б б о т и н а. Въ чемъ состоитъ „Субботинская операциа“, — это было уже мною сказано выше (см. мое примѣчаніе на стр. 47—48). Зѣсь упомяну только, что въ томъ видѣ, какъ она была впервые выполнена проф. С у б б о т и н ы мъ, операциа эта является технически слишкомъ сложною: чтобы проникнуть въ полость recti, проф. С у б б о т и н ѣ дѣлаетъ разрѣзъ кожи въ области копчика, удаляетъ послѣдній, разсѣкаетъ заднюю стѣнку прямой кишки и лишь послѣ того приступаетъ къ выкраиванію лоскута для будущей уретры. Между тѣмъ выкраиваніе этого лоскута, сшиваніе его и возстановленіе цѣлости ректальной трубки легко могутъ быть выполнены чрезъ расширенныя зеркала заднепроходное отверстіе. Такимъ именно путемъ и была мною выполнена „Субботинская операциа“ у трехъ больныхъ, у которыхъ мнѣ пришлось прибѣгнуть къ colprocleisis rectalis по поводу обширныхъ пузырьно-рукавныхъ фистулъ, соединенныхъ съ полнымъ разрушеніемъ

## II. Пузырно-маточные свищи.

Чистыя пузырно-маточныя фистулы гораздо болѣе рѣдки, чѣмъ пузырно-влагалищныя и пузырно-маточно-влагалищныя. Образование ихъ сводится къ тѣмъ же моментамъ, что и образование послѣднихъ. Иногда онѣ являются остатками разрывовъ матки, захватившихъ и пузырь.

Обычно фистулы этого рода открываются въ шейку.

Такъ какъ маточная шейка имѣетъ много ткани, которая можетъ быть широко освѣжена, то оперативное закрытіе пузырно-маточныхъ фистулъ уже по старымъ способамъ въ большинствѣ случаевъ не представляетъ особыхъ затрудненій. Послѣ достаточнаго смѣщенія матки книзу и разсѣченія, въ случаѣ надобности, шейки или въ обѣ стороны, или въ продольномъ направленіи чрезъ переднюю цервикальную стѣнку, фистулу дѣлають доступной, и она можетъ быть легко освѣжена.

Неггъ при этомъ сначала отдѣляетъ чрезъ влагалище пузырь отъ матки совершенно такъ же, какъ при полной экстирпациі послѣдней, и затѣмъ зашиваетъ отверстіе въ пузырь отдѣльно. Я тоже оперировалъ неоднократно по этому методу съ успѣхомъ. Въ настоящее же время я и пузырно-маточные свищи оперирую по изложеннымъ выше правиламъ.

Если ни этотъ методъ, ни всѣ другіе не даютъ результатовъ, то остается прибѣгнуть къ операциі hysterocleisis. Освѣжаютъ наружный маточный зѣвъ или заднюю его губу и соответствующую часть передней влагалищной стѣнки подъ фистулой и закрываютъ маточное отверстіе. Больная послѣ выздоровленія будетъ менструировать чрезъ пузырь. Возможность половыхъ сношеній при этомъ сохраняется, такъ какъ остается достаточная часть влагалища.

## III. Пузырно-кишечные свищи.

Иногда, какъ это сказано въ предыдущей главѣ, у женщинъ наблюдаются пузырно-кишечные свищи. Происходятъ они, благодаря воспалительнымъ процессамъ, и въ нѣкоторыхъ случаяхъ, — особенно если они невелики, — заживаютъ сами собою. Въ противномъ случаѣ надо сдѣлать чревосѣченіе, отдѣлить кишку отъ пузыря, тщательно выровнять края отверстій въ обоихъ органахъ и зашить ихъ двухъ-этажнымъ швомъ. Послѣ операциі, въ случаѣ нужды, надо примѣнить дренажъ по Mikulicz'у.

## IV. Мочеточниково-влагалищные свищи.

Между тѣмъ какъ пузырно-влагалищныя, пузырно-маточно-влагалищныя и маточно-влагалищныя фистулы обычно возникаютъ вслѣдствіе некроза, обусловленнаго давленіемъ при родахъ, мочеточ-

уретры. Первый изъ этихъ случаевъ убѣдилъ меня въ полной цѣлесообразности данной операциі, почему я и позволяю себѣ обратиться на нее вниманіе гинекологовъ. При этомъ я рекомендую, прежде чѣмъ приступить къ этой операциі, — позаботиться объ устраненіи маточныхъ выдѣленій, какъ менструальныхъ, такъ и бѣлей; иначе свертки крови и комки слизи могутъ легко закупоривать новообразованную уретру; лучшимъ средствомъ для этого я считаю энергичную вапоризацію полости матки до полного уничтоженія эндометрія. В. Г.

никово-влагалищныя фистулы возникаютъ этимъ путемъ лишь иногда, чаще же бывають обязаны своимъ происхожденіемъ поврежденіямъ произведеннымъ инструментами, напр., ножницеобразнымъ перфораторомъ или рѣзущимъ краемъ ложки плохо наложенныхъ щипцовъ. Особенно часто, однако, ведутъ къ поврежденію мочеточниковъ въ томъ мѣстѣ, гдѣ они, около шейки, перекрещиваются маточными артеріями, гинекологическія операціи — влагалищная и абдоминальная экстирпаціи раковой матки. Перевязка и пораненіе мочеточниковъ имѣли у насъ мѣсто, когда мы вырабатывали технику расширенной абдоминальной операціи рака матки, иногда въ такихъ случаяхъ, гдѣ мы навѣрное теперь избѣгаемъ ихъ, или гдѣ мы умышленно производимъ резекцію мочеточника съ послѣдовательнымъ вшиваніемъ почечнаго конца его въ пузырь.

Мочеточникъ можетъ быть поврежденъ или только съ боку, что случается рѣже, — или такъ, что его непрерывность совершенно нарушается.

Постоянное непроизвольное истеченіе мочи при мочеточниковыхъ свищахъ тяжело отзывается на самочувствіи больныхъ. Кроме того, зачастую свищи эти ведутъ къ развитію восходящаго піелита и піелонефрита, т. е. къ заболѣваніямъ, опаснымъ для самой жизни больныхъ. Въ рѣдкихъ случаяхъ, при частичномъ поврежденіи мочеточника, названные свищи излечиваются самопроизвольно. Въ другихъ случаяхъ количество мочи, вытекающей изъ свища, постепенно уменьшается, такъ какъ соответственная почка, заболѣвъ вторично, атрофируется; послѣднее наблюдается и при умышленной или неумышленной перевязкѣ мочеточника во время операціи.

Для распознаванія мочеточниковыхъ свищей служитъ прежде всего тотъ характерный симптомъ, что больная, жалующаяся на недержаніе мочи, въ то же время выдѣляетъ много послѣдней и изъ пузыря: изъ поврежденнаго мочеточника моча течетъ въ рукавъ, изъ здороваго же — въ пузырь.

При изслѣдованіи зеркалами, находятъ свищъ въ углубленіи влагалищнаго свода. Иногда при этомъ можно бываетъ ввести въ мочеточникъ зондъ. Окончательно подтверждается діагнозъ при помощи цистоскопіи: при этомъ можно бываетъ видѣть, что моча изъ здороваго мочеточника поступать въ пузырь, отверстіе же поврежденнаго мочеточника не функціонируетъ.

Оперативное леченіе этихъ фистулъ было въ прежнее время весьма затруднительно. Первый рациональный способъ былъ предложенъ Van der Meer: въ поврежденный мочеточникъ вводили изъ влагалища эластическій катетеръ, причемъ сначала вставляли его въ почечный, а затѣмъ въ пузырный отрѣзокъ. На этой подкладкѣ освѣжали и зашивали отверстіе, послѣ чего катетеръ оставляли или же вынимали.

Впослѣдствіи оперативное леченіе мочеточниковыхъ фистулъ было возведено въ методъ. При всѣхъ новѣйшихъ методахъ везикальный конецъ поврежденнаго мочеточника оставляется безъ вниманія, такъ какъ въ большинствѣ случаевъ его нельзя найти и воспользоваться имъ. Опасеніе, что чрезъ него можетъ выливаться въ обратномъ направленіи моча изъ пузыря, оказалось, по опытамъ Stöckelъ, лишеннымъ основанія.

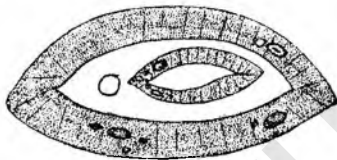
Операція закрытія мочеточниковой фистулы можетъ быть выполнена тремя путями.

1. *Per vaginam*. Способъ Schede: устраивають въ непосредственной близости мочеточниковой фистулы пузырно-влагалищный свищъ; послѣ того, какъ стойкое сообщеніе между пузырьремъ и влагалищемъ будетъ обезпечено, выкраи-



ваютъ вокругъ общей обѣимъ фистуламъ территорію полосу, около 1 сантиметра шириною, имѣющую видъ овала, освѣжаютъ слизистую оболочку въ предѣлахъ этой полосы (рис. 281) и, сложивъ обѣ половины фигуры освѣженія, сшиваютъ ихъ. Вслѣдствіе этого отверстія какъ пузыря, такъ и мочеточника оказываются открывающимися въ незначительную полость, совершенно обособленную отъ остальной части влагалища.

Рис. 281. Влагалищная операція мочеточниковой фистулы по Schede. Круглая дыра представляетъ мочеточниковую фистулу. Около нея устраиваютъ пузырьную фистулу, въ области которой пришиваютъ слизистую оболочку пузыря къ слизистой оболочкѣ влагалища (маленькій зачерченный овалъ). Затѣмъ производятъ освѣженіе во влагалищномъ сводѣ вокругъ обѣихъ фистулъ (большой зачерченный овалъ) и соединяютъ другъ съ другомъ взаимно соответствующіе сегменты фигуры освѣженія.



Всѣ другіе вагинальные методы представляютъ собою упрощеніе этого способа.

Такъ, напр., Витт совѣтуетъ удалять перегородку между мочеточниковой и рукавной фистулой, что достигается лучше всего при помощи Dupuytren-овскаго зажима.

Dührssen разсѣкаетъ со стороны влагалища мочеточниковую фистулу и устраиваетъ подлѣ нея пузырьную фистулу. Затѣмъ онъ сшиваетъ слизистую оболочку мочеточника со слизистой оболочкой пузыря.

По способу Maskenrodta, сначала возлѣ мочеточниковой фистулы дѣлаютъ пузырьную фистулу; затемъ, начиная отъ этой послѣдней, мочеточниковая фистула обводится кругомъ разрѣзомъ, обведенный разрѣзомъ участокъ превращается въ лоскутъ, и этотъ лоскутъ вшивается въ пузырьно-влагалищную фистулу (рис. 282).

Рис. 282. Влагалищная операція мочеточниковой фистулы по Maskenrodty. Круглая дыра представляетъ собою мочеточниковую фистулу. Рядомъ съ ней продѣлываютъ пузырьную фистулу (заштрихованный овалъ съ двойнымъ контуромъ). Затѣмъ мочеточниковая фистула обводится разрѣзомъ въ формѣ овала, равновеликаго пузырьно-влагалищной фистулѣ. Этотъ разрѣзъ углубляютъ немного такъ, чтобы мочеточниковая фистула сдѣлалась болѣе подвижной. Затѣмъ этотъ овалъ поворачиваютъ и имплантируютъ на пузырьно-влагалищную фистулу. Такимъ образомъ мочеточниковая фистула непосредственно переходитъ въ искусственно образованный пузырьно-влагалищный свищъ.



2. Per laparotomiam. Witzel отыскиваетъ почечный конецъ мочеточника путемъ чревосвѣченія, проводитъ его субперитонеально по направленію къ пузырю, предварительно сдѣланному болѣе подвижнымъ, и имплантируетъ этотъ конецъ въ пузырь.

Krause, Pozzi, Witzel и др. имплантируютъ мочеточники въ пузырь внутрибрюшинно.

3. Совершенно экстраперитонеально оперировать во многихъ случаяхъ съ успѣхомъ Maskenrodt. Операція по его способу начинается боковымъ разрѣзомъ, проводимымъ у наружнаго края muscūlū tecti и проникающимъ вплоть до брюшины, которая отодвигается вбокъ и въ сторону таза. Черезъ этотъ разрѣзъ идутъ къзади и книзу до vasa spermatica. При этомъ встрѣчается мочеточникъ, висящій на брюшинѣ. Отсепаровавъ достаточный участокъ пузырьной брюшины, входятъ въ пузырь корнцангомъ черезъ уретру, выпячиваютъ освобожденный отъ брюшиннаго покрова участокъ пузырьной стѣнки, затѣмъ надрѣзываютъ послѣднюю на концѣ корнцанга, захватываютъ имъ открытый конецъ мочеточника, втягиваютъ въ пузырь и вшиваютъ такимъ образомъ, чтобы пузырь образовалъ вокругъ мочеточника муфту. Въ заключеніе тампонируютъ рану.

При выборѣ того или иного метода операціи нужно руководиться слѣдующими соображеніями:

По Fritschy, необходимо отказаться отъ напращивающейся на умъ мысли о томъ, чтобы сдѣлать пузырьно-влагалищный свищъ и затѣмъ зашить рукавъ ниже

его (способъ *Schede*, рис. 281), ибо рана рукава никогда не заживаетъ <sup>1)</sup>. Равнымъ образомъ надо отказаться и отъ вшиванія мочеочниковъ въ *rectum* или другіе отдѣлы кишекъ <sup>2)</sup>. Если фистула хорошо доступна со стороны влагалища, то предпринимаютъ *Mackendlovskую* рукавную операцію.

Если фистула совершенно не смѣшаема, то нужно примѣнить экстраперитонеальный способъ *Mackendla*.

Наилучшимъ и самымъ вѣрнымъ способомъ является, однако, брюшинное вшиваніе мочеочника въ пузырь. Производятъ чревосѣченіе, разсѣкаютъ брюшину надъ поврежденнымъ мочеочникомъ ниже мѣста раздвоенія подвздошныхъ сосудовъ (предварительно, — если внутреннія половыя части имѣются налицо, — резецировавъ придатки и перевязавъ маточную артерію), выпрепаровываютъ уретеръ до мѣста свища на протяженіи около 5 сант., перерѣзываютъ и зажимаютъ его пинцетомъ. Затѣмъ входятъ кривымъ корнцангомъ въ пузырь, выпячиваютъ его съ той стороны, на которой дѣлается операція, надрѣзываютъ такимъ образомъ, что чрезъ отверстіе можно провести конецъ корнцанга, захватываютъ конецъ мочеочника, вытягиваютъ его въ пузырь на 1 сант. и нашиваютъ пузырь на мочеочникъ тремя рядами катгутовыхъ швовъ муфтообразно. Еще лучше фиксировать мочеочникъ по *Frapz'u* (см. главу XIV). Если при операціи предварительно резецируются придатки, то пузырь можетъ быть вскрытъ подбрюшинно и потомъ можетъ быть закрытъ нѣсколькими брюшинными швами.

Если мочеочниковая фистула не поддается этой операціи, то остается еще удаленіе соответствующей почки; но эту операцію можно дѣлать лишь въ томъ случаѣ, когда является несомнѣнно доказаннымъ, что другая почка здорова, и когда всѣ попытки излечить больную инымъ способомъ останутся безуспѣшными.

## V. Кишечно-влагалищные свищи.

Тонкокишечно-влагалищныя фистулы являются обыкновенно послѣдствіями язвенныхъ процессовъ, напр. при сальпингитахъ, гонорройныхъ или бугорчатыхъ; дагѣе, онѣ происходятъ вслѣдствіе травмъ при родахъ въ тѣхъ случаяхъ, когда петля тонкой кишки, фиксированная сращениями въ заднемъ *Douglas'овомъ* пространствѣ, будетъ проколота черезъ задній влагалищный сводъ острымъ инструментомъ, напр. перфораторомъ; наконецъ, онѣ могутъ образоваться въ тѣхъ случаяхъ, когда, послѣ значительнаго разрыва влагалища, въ разрывъ выпадетъ петля тонкихъ кишекъ и некротизируется цѣлкомъ или отчасти. Въ послѣднемъ случаѣ фистула можетъ сморщиться и уменьшиться, если же этого не случится, то все содержимое кишекъ будетъ выходить наружу чрезъ влагалище.

Оперативное закрытіе простыхъ фистулъ этого рода не представляетъ особенныхъ трудностей, если только во влагалищѣ нѣтъ какихъ-либо препятствій, вслѣдствіе, напр., сморщиванія рубцовъ. Если въ фистулу открываются два колѣна тонкой кишки, то фистула предъ операціей должна быть преобразована въ простую, для чего уничтожаютъ отдѣляющій ихъ мостикъ ткани. Это достигается тѣмъ, что вызываютъ некрозъ сказаннаго мостика, заземляя его жомомъ *Joberga* (*Druytréna*). Кровавое закрытіе фистулы черезъ вагину слѣдуетъ предпринимать лишь тогда, когда надъ фистулой оба кишечныхъ колѣна широко сообщаются другъ съ другомъ.

1) Съ этимъ мнѣніемъ *Fritsch'a* я рѣшительно не могу согласиться: въ одномъ случаѣ мочеочниковаго свища способъ *Schede* съ перваго же раза далъ мнѣ прекрасные результаты, какъ анагомическій, такъ и функциональный. В. Г.

2) Попытки вшивать мочеочникъ въ прямую кишку до послѣдняго времени давали мало-утѣшительные результаты: больная большею частью гибли отъ послѣдовательнаго солі-бактеріальнаго піелонефрита. За послѣднее время, однако, операція эта въ рукахъ нѣкоторыхъ операторовъ (*Тиховъ*) стала давать гораздо болѣе утѣшительные результаты, какъ непосредственные, такъ и отдаленные. В. Г.

Я считаю, однако, лучшимъ способъ, испытанный съ успѣхомъ Roux, Атап'омъ и мною. Способъ этотъ заключается въ слѣдующемъ: послѣ чревосеченія отдѣляютъ кишечную петлю, освѣжаютъ фистулезные края и зашиваютъ порознь какъ кишку, такъ и фистулезное отверстие влагалища, — послѣднее тоже со стороны брюшной полости. Въ моихъ 2-хъ случаяхъ фистула открывалась въ самую нижнюю часть широко раскрытаго цервикальнаго канала.

Въ качествѣ крайняго средства можно при фистулахъ даннаго рода примѣнять способъ, предложенный Simon'омъ, — непосредственно подъ тонкокишечной фистулой образовать широкую влагалищно-толстокишечную фистулу и послѣ этого закрывать влагалище (colpocleisis rectalis).

Толстокишечно-влагалищныя фистулы лишь въ рѣдкихъ случаяхъ бывають обзаны своимъ происхожденіемъ слѣшкомъ продолжительнымъ родамъ, въ большинствѣ же случаевъ онѣ возникаютъ вслѣдствіе перфорации рукава и кишки какимъ-либо острымъ акушерскимъ инструментомъ. Онѣ могутъ быть также послѣдствіемъ изнашивания и тязелыхъ, простирающихся высоко вверхъ, поврежденій промежности, зажившихъ въ нижней своей части, или остаткомъ полныхъ перинеопластикъ, при которыхъ въ верхней части операционной раны не наступило заживленія, или послѣдствіями перипроктита, или результатами продыривленія septi recto-vaginalis ипородными тѣлами напр. нецѣлесообразными пессаріями (особенно пессаріемъ Z w a n k'a). Наконецъ, фистулы этого рода могутъ оставаться послѣ гинекологическихъ оперативныхъ вмѣшательствъ, напр. послѣ полной экстирпации матки, а также послѣ радикальной операциі по поводу пюсальпинкса, т.е. послѣ рукавной экстирпации матки съ придатками.

Диагнозъ при низко лежащихъ фистулахъ весьма нетруденъ и можетъ быть поставленъ непосредственно. При высоко лежащихъ фистулахъ слѣдуетъ провести дифференціальныи диагнозъ между тонко- и толстокишечными фистулами. Этотъ диагнозъ ставится какъ на основаніи характера выдѣляющагося черезъ фистулу кишечнаго содержимаго, такъ и на основаніи результатовъ пальпации per rectum и per vaginam, а также зондированія.

Фистулы, возникшія вслѣдствіе соскальзыванія перфоратора или другого остраго инструмента, имѣють нѣкоторую тенденцію къ самопроизвольному заживленію. Этого, однако, отнюдь нельзя сказать о тѣхъ фистулахъ, которыя образуются въ верхнемъ углу промежностнаго разрыва и которыя, стало быть, возникаютъ или на почвѣ свѣжихъ полныхъ разрывовъ промежности, или послѣ попытокъ пластическаго возстановленія застарѣлыхъ разрывовъ.

Симптомы толстокишечно-влагалищныхъ фистулъ тяжелѣе симптомовъ полнаго разрыва промежности. При послѣднихъ путемъ прижатія другъ къ другу ягодницъ можно еще достигнуть хотя кратковременнаго задерживанія кала, при фистулахъ же даннаго рода средство это не имѣетъ никакого значенія.

При фистулахъ, лежащихъ въ верхнихъ отдѣлахъ рукава, имѣется въ большинствѣ случаевъ достаточно ткани для освѣженія. Самое освѣженіе дѣлають или путемъ круговаго обрѣзыванія краевъ фистулы, или путемъ расщепленія послѣднихъ. Затрудненія, часто весьма значительныя, состоятъ въ томъ, что фистулу иногда трудно сдѣлать доступной. Полезнымъ подспорьемъ въ подобныаъ случаяхъ является S c h u c h a r d t'овскій надрѣзь стѣнокъ рукава.

Напротивъ, при фистулахъ, являющихся остатками разрывовъ промежности или промежностныхъ операциі, влагалищно-ректальная

стѣнка бываетъ въ большинствѣ случаевъ крайне тонка и бѣдна тканями. И здѣсь удается закрыть фистулу путемъ непосредственнаго освѣженія, или же, какъ предлагаетъ *Schauta*, путемъ обширной задней кольпорафії, въ которую входитъ и фистула. Я считаю самымъ вѣрнымъ — широко расщепить *septum recto-vaginale*, особенно въ области фистулы, и зашить рану, какъ при свѣжемъ полномъ промежностномъ разрывѣ, т. е. по принципу моей полной перинеопластики (см. главу V).

При фистулахъ, возникшихъ вслѣдствіе распадѣнія карциномы, оперативное вмѣшательство показуется рѣдко. Фистулы эти въ большинствѣ случаевъ образуются уже тогда, когда болѣзнь достигла послѣдней стадіи. Въ крайнемъ случаѣ, въ качествѣ палліатива можно примѣнить *colpocleisis* или *colpocleisis rectalis*.

### Объясненіе рисунковъ хромолиитографированной таблицы.

Рис. 1. Цистоскопическая картина нормальнаго мочеточниковаго возвышенія съ отверстіемъ мочеточника.

Рис. 2. Цистоскопическая картина края пузырнаго сфинктера при нормальныхъ условіяхъ.

Рис. 3. Цистоскопическая картина края сфинктера съ двумя остроконечными и двумя плоскими сосочкообразными возвышеніями. Свѣтлая *placosa* пузыря представляетъ выпуклость, зависящую отъ выпячиванія симфиза.

Рис. 4. Цистоскопическая картина „пузыря съ перекладинами“. Видны поперечные выступы пузырной мукозы.

Рис. 5. Цистоскопическая картина камня въ мочевомъ пузырьѣ.

Рис. 6. Пузырчатый отекъ слизистой оболочки пузыря при ракъ матки. Больная съ ракомъ цервикальнаго канала, лапаротомія 3/4 1910, случай найденъ неоперируемымъ.

Рис. 7. Цистоскопическая картина вскрытія въ пузырь брюшиннаго экссудата. Въ верхне-лѣвомъ (отъ зрителя) квадрантѣ, около центра, видна гнойная пробка, выпячивающаяся въ щель сильно отеочной пузырной стѣнки.



## ОТДѢЛЪ ШЕСТОЙ.

### Микробиотическія заболѣванія женской мочеполовой системы.

#### Глава XXIII.

#### Гоноррея женскихъ половыхъ органовъ.

Albert'a Döderlein'a.

Между тѣмъ какъ въ мужскихъ половыхъ органахъ гонорройная инфекция вызываетъ въ общемъ довольно однообразную и типическую болѣзнь — уретритъ, — та же самая инфекция въ женскомъ, сложномъ и богатомъ слизистыми оболочками, половомъ трактѣ вызываетъ чрезвычайно разнообразныя, упорныя и разрушительныя болѣзненные процессы. Здѣсь окончательнымъ, постояннымъ мѣсто-пробываніемъ инфекции являются не столько мочевые органы, сколько собственно половой каналъ. Вульва и уретра, влагалище и матка, трубы и яичники, а также брюшина, чрезъ посредство абдоминальнаго отверстія трубъ, могутъ быть захвачены гонорройнымъ процессомъ, какъ порознь, такъ и вмѣстѣ, такъ что въ концѣ концовъ не остается пощаженной ни одной изъ частей полового аппарата, — напротивъ, въ страданіе вовлекаются даже сосѣдніе съ нимъ органы. Если, какъ это имѣло мѣсто и въ настоящей книгѣ, описывать болѣзни отдѣльныхъ органовъ женской половой системы порознь, то женской гонорреѣ придется удѣлить мѣсто во многихъ, даже почти во всѣхъ главахъ. Несмотря на то, что мы, стало быть, рискуемъ до нѣкоторой степени повторяться, мы все-таки считаемъ вполне рациональнымъ посвятить особую главу этой столь частой и тяжелой болѣзни, знакомство съ которой за послѣдніе десятки лѣтъ сдѣлало такіе крупныя успѣхи, благодаря бактериологическимъ, анатомическимъ и клиническимъ изслѣдованіямъ. Мы считаемъ вполне рациональнымъ изложить въ ней болѣе подробно и специально общіе взгляды на способъ гонорройной инфекции, жизнеспособность и устойчивость инфицирующихъ бактерий, интра- и экстрагенитальную ихъ біологію, а также отношеніе инфекции къ воспроизводительной способности, браку, безплодію и пр.

Природа возбудителей гонорреи выяснена, благодаря открытію гонококковъ, сдѣланному въ 1879 году Neisser'омъ. Если мы пожелаемъ-бы уничтожить у скептиковъ послѣднее сомнѣніе

насчетъ того, что нѣкоторыя болѣзни возникаютъ исключительно благодаря специфическимъ и обязательно-патогеннымъ микроорганизмамъ, то имъ нужно было-бы указать именно на гонококковъ и гоноррею. Для возникновенія болѣзни здѣсь нѣтъ надобности даже въ самомъ незначительномъ содѣйствіи со стороны самого организма, т. е. въ предрасположеніи, простудѣ или въ какомъ-либо поврежденіи, напр. пораненіи. Если гонококки попадутъ на слизистую оболочку уретры, матки, трубъ, прямой кишки, носа и полости рта, особенно у новорожденныхъ, или же на конъюнктиву, то непосредственнымъ послѣдствіемъ этого будетъ гонорройное воспаление, если, конечно, при этомъ не были приложены одновременно дезинфицирующія средства, напр. *argentum nitricum*, употребляемое для предупрежденія офтальмогонорреи у новорожденныхъ. Пассивнитета, врожденнаго или приобретеннаго, по отношенію къ гонорреѣ не существуетъ. Съ другой стороны, можно считать вполне установленнымъ тотъ фактъ, что трипперное заболѣваніе можетъ быть вызвано только однимъ гонококкомъ *Neisseria*.

Къ сожалѣнію, гонококкъ принадлежитъ къ числу тѣхъ микроорганизмовъ, которые не могутъ быть легко распознаны ни морфологически, ни биологически, а поэтому доказательство ихъ присутствія встрѣчаетъ въ отдѣльныхъ случаяхъ значительныя трудности. Если-бы гонококкъ имѣлъ такую же своеобразную форму, какъ, напр., стрептококкъ, или если-бы онъ обладалъ специфической, только ему одному свойственной окраской, подобно тому какъ это свойственно, напр., туберкулезной палочкѣ, то споръ насчетъ значенія и необходимости открытія трипперныхъ бактерій для установки диагноза навѣрно не былъ-бы такимъ горячимъ, какъ это имѣетъ мѣсто въ настоящее время. Гонококки, какъ видно изъ нижеслѣдующей схемы, составленной *Wittm*омъ, имѣютъ форму диплококковъ, причемъ обращенныя другъ къ другу плоскости микробовъ кажутся вогнутыми, и они напоминаютъ собою розанчики или кофейныя зерна. Размноженіе происходитъ во взаимно перпендикулярныхъ плоскостяхъ, такъ что колоніи имѣютъ видъ гроздей, но не цѣпочекъ. Гонококкъ хорошо красится анилиновыми красками, особенно щелочнымъ растворомъ метиленовой синьки по *Löffler's*; по способу *Gram's* гонококкъ отдастъ свою окраску. Онъ не растетъ на желатинѣ, агарѣ и картофелѣ. Питательныя среды для разводокъ гонококка требуютъ особенныхъ примѣсей: кровяной сыворотки (*Wittm*, мочи, асцитической жидкости, жидкости изъ *hydrocele*, содержимаго оваріальныхъ кистомъ (*Menge*)). Въ гною



Рис. 283. Форма и ростъ гонококка по *Wittm*у (*Handb. d. Gyn.*, herausgegeben v. *Veit*, Bd. I. S. 430).

гонококкъ находится преимущественно въ гнойныхъ клѣткахъ.

Гонококкъ, введенный въ организмъ животныхъ, не вызываетъ у нихъ заболѣванія.

Самымъ частымъ способомъ инфекціи, — а у взрослыхъ, при обыкновенной жизни, почти исключительно, — является половое общеніе. Тѣсное соприкосновеніе половыхъ органовъ, сильная заразительность гонорройнаго секрета, способность гонококковъ сохраняться въ организмѣ въ продолженіи цѣлыхъ лѣтъ, особенно въ недоступныхъ уголкахъ *partis posterioris* мужской уретры и въ цервикальныхъ железахъ женщины, — все это, въ совокупности съ вышеизложенными свойствами разбираемыхъ обязательно-патогенныхъ зародышей, объясняется достаточно ясно, что удовольствіе, получаемое отъ сношенія съ гонорройнымъ индивидуомъ, въ боль-

шинствѣ случаевъ должно быть искуплено приобрѣтеніемъ этой, разрушающей счастье, болѣзни.

По мнѣнію Noeggerath'a, разъ получившіе гоноррею мужчины остаются больными въ 90 случаяхъ изъ 100, причемъ эти 90% мужчины остаются способными къ зараженію даже и въ тѣхъ случаяхъ, когда у нихъ нѣтъ уже никакихъ ни субъективныхъ, ни объективныхъ явленій триппера, — т. н. скрытая гоноррея. Возможность такого рода неограниченной персистенціи инфекціоннаго начала дѣйствительно существуетъ, но, по теперешнимъ взглядамъ, этотъ процентъ гораздо меньше процента, принятаго Noeggerath'омъ приблизительно около 30 дѣтъ тому назадъ. Клиническіе признаки хронической гонорреи у мужчины, — трипперныя нити въ мочѣ и *goutte militaire*, — заслуживаютъ полнаго вниманія при констатированіи способности мужчины къ зараженію; рѣшающее значеніе здѣсь имѣетъ, однако, бактериологическое изслѣдованіе на прісутствіе гонококковъ въ отдѣлимомъ уретры, причемъ это изслѣдованіе представляетъ собою задачу, которая въ отдѣльныхъ случаяхъ можетъ быть столь же отвѣтственной, сколько и трудной. Разъ на основаніи результата такого изслѣдованія имѣютъ быть сдѣланы важные выводы, напр., приговоры въ процессахъ о разводѣ, или — если отъ этого зависитъ согласіе на заключеніе брака, то слѣдовало бы требовать, чтобы изслѣдованіе производилось опытнымъ врачомъ, хорошо знакомымъ съ бактериологической техникой и микроскопіей. Мнѣ приходилось высказывать свое мнѣніе во многихъ судебныхъ случаяхъ, гдѣ отрицательный результатъ изслѣдованія велъ къ заблужденію, между тѣмъ какъ въ другихъ случаяхъ запутывалъ дѣло ошибочный положительный діагнозъ.

Клиническій опытъ и бактериологическія изслѣдованія позволяютъ намъ установить нижеслѣдующіе важные принципы относительно генеза и патологіи гонорреи:

Широко открытое *orificium externum* мужской уретры благоприятствуетъ проникновенію въ нее женскаго секрета: поэтому мужчина съ широкимъ *orificium* можетъ заразиться трипперомъ тамъ, гдѣ другой, имѣвшій сношеніе позже, не инфицируется. Точно также у женщинъ анатомическія особенности половыхъ органовъ имѣютъ нѣкоторое вліяніе на родъ триппернаго заболѣванія въ томъ отношеніи, что при болѣе узкомъ входѣ во влагалище у дѣвицъ скорѣе инфицируется уретра, а у дефлорированныхъ женщинъ ядъ легче приходитъ въ непосредственное соприкосновеніе съ верхними отдѣлами влагалища и съ шейкой матки<sup>1)</sup>. Зараженіе гноемъ свѣжаго триппера вызываетъ у женщинъ восходящую гоноррею (Wertheim) — чрезвы-

1) Кроме того, анатомическія особенности половыхъ органовъ у женщинъ оказываютъ вліяніе и на восприимчивость ихъ къ зараженію гонорреей, а также на стойкость послѣдней. Многочисленныя наблюденія убѣдили меня, что женщины съ недоразвитой половой сферой, съ т. н. инфантилизмомъ, являются особенно восприимчивыми къ зараженію гонорреей, и зараженіе это даетъ у нихъ особенно стойкія заболѣванія. В. Г.



чайно бурное, гораздо болѣе жестокое заболѣваніе, чѣмъ зараженіе хронической, скрытой гонорреей.

Въ послѣродовомъ періодѣ гонококки испытываютъ родъ оживленія въ лохіяхъ, что опять придаетъ заболѣванію восходящій характеръ.

Супруги могутъ привыкнуть къ гонококкамъ, такъ что дальнѣйшій обмѣнъ гонококковъ между ними не будетъ вызывать никакихъ симптомовъ. «Если въ такомъ гонорройномъ супружествѣ будетъ участвовать третье лицо, то можетъ случиться, что оно поплатится за свое участие острой гонорреей, хотя ни у мужа, ни у жены нѣтъ никакихъ видимыхъ явленій гонорреи» (Wertheim). Не всякое половое сношеніе съ гонорройной женщиной должно имѣть непремѣннымъ послѣдствіемъ инфекцію, такъ какъ при хронической гонорреѣ половые секреты могутъ быть временно свободны отъ гонококковъ. Болѣе сильное раздраженіе половыхъ органовъ, многократное половое соитіе, мѣсячныя, равно какъ и пурперальные секреты, — выводятъ гонококковъ наружу и такимъ образомъ увеличиваютъ способность женщины къ зараженію. При этихъ же обстоятельствахъ можетъ ожесточаться и бессимптомный трипперъ мужчины, и мужъ можетъ опять инфицироваться трипперомъ, сдѣлавшимся у его жены вирулентнымъ.

Скрытая, т. е. бессимптомная, но все еще заразительная гоноррея у мужчины можетъ обостриться вслѣдствіе излншества, особенно in Venere (свадебныя путешествія), и такимъ образомъ трипперъ можетъ проявиться послѣ 10—20-лѣтней паузы.

Vulvo-vaginitis gonorrhoeica у дѣтей возникаетъ лишь въ меньшинствѣ случаевъ вслѣдствіе преступныхъ дѣйствій и соприкосновенія съ половыми частями: въ большинствѣ случаевъ мы имѣемъ дѣло со случайнымъ зараженіемъ чрезъ посредство губокъ, постельнаго бѣлья, ваннъ (Skutsch) и т. п.<sup>1)</sup>

Отношеніе гонококковъ къ тканямъ выяснено, благодаря изслѣдованіямъ Bum'a и Wertheim'a.

Особенно излюбленнымъ гонококками является цилиндрической эпителий, который во всякомъ мѣстѣ тѣла поражается ими. Затѣмъ гонококки очень любятъ мягкій, а именно юношескій плоскій эпителий. Болѣе старые или даже ороговѣвающіе плоскоэпителиальные покровы, какъ напр. въ вульвѣ и вагинѣ многорожавшихъ женщинъ, въ общемъ защищены отъ гонококковъ.

Воспалительная реакція, вызываемая гонококками<sup>1)</sup>, состоитъ въ богатой иммиграціи гнойныхъ тѣлецъ, въ мелкоклеточковой

1) См. подробности въ превосходномъ трактатѣ объ этомъ предметѣ, принадлежащемъ E. Bum'у въ Veit's Handbuch der Gynäkologie, Bd. II.

инфильтраціи тканей и въ продукціи на свободныхъ поверхностяхъ гноя.

Прежнее мнѣніе, будто-бы зародыши триппера поражаютъ только слизистыя оболочки и никогда не могутъ проникать въ глубину соединительной ткани, было поколеблено изслѣдованіями Wertheim'a, и такимъ образомъ была выяснена опасность распространения гонорреи въ организмъ. Wertheim нашелъ гонококковъ глубоко въ мускулатурѣ матки, въ тромбированныхъ кровяныхъ сосудахъ стѣнки пузыря и въ лимфатическихъ путяхъ. Menge<sup>2)</sup> нашелъ чистую разводку типическихъ гонококковъ въ совершенно закрытомъ абсцессѣ маточной мускулатуры. Точно также Wertheim'у удалось разъ наблюдать, что гонококки совершенно проросли черезъ стѣнку трубы, вплоть до самой брюшины.

Хотя, такимъ образомъ, не подлежитъ никакому сомнѣнію, что гонококки могутъ проникать въ глубокія ткани, въ соединительную ткань и мускулатуру, но все-таки нужно, по примѣру Витм'а, смотрѣть на эти случаи, какъ на исключительные, и считать нормальнымъ и характернымъ для гонорройной инфекціи то, что болѣзненный процессъ локализуется преимущественно въ слизистыхъ оболочкахъ. Для гонорреи женщинъ имѣеть, кромѣ того, большое значеніе тотъ, впервые установленный Wertheim'омъ, фактъ, что гонококки могутъ поражать также и брюшину, размножаясь здѣсь и вызывая воспаление со всѣми его послѣдствіями.

Въ различныхъ отдѣлахъ женскаго полового аппарата трипперная инфекція представляется въ слѣдующемъ видѣ:

1. Уретра. Между тѣмъ какъ у мужчинъ при трипперномъ зараженіи путемъ полового общенія прежде всего и обязательно заболѣваетъ мочеиспускательный каналъ въ формѣ типическаго уретрита, причѣмъ діагнозъ этого заболѣванія всегда ясенъ вслѣдствіе сильныхъ болей и обильнаго истеченія гноя, — у женщинъ пораженіе уретры отстываетъ на задній планъ какъ въ количественномъ, такъ и въ качественномъ отношеніяхъ. Мы весьма часто дѣлали-бы ошибки, если-бы на основаніи отсутствія у больныхъ женщинъ анамнестическихъ указаній на разстройства мочеиспусканія отвергали-бы гонорройный характеръ имѣющагося у нихъ заболѣванія половой сферы. Но, съ другой стороны, мы точно также могли-бы впасть въ заблужденіе, если-бы на основаніи положительнаго отвѣта безъ дальнѣйшихъ околичностей признали у женщины существованіе гонорреи, по аналогіи съ тѣмъ, что наблюдается у мужчинъ, гдѣ въ 99 случаяхъ на 100 жженіе и боль при мочеиспусканіи зависятъ отъ гонорреи. Особенно это относится къ женщинамъ, недавно вышедшимъ замужъ, которыя во время своего медоваго мѣсяца весьма часто жалуются на продолжающееся нѣсколько дней жженіе при мочеиспусканіи, зависящее отъ поврежденій при дефлораціи. Смачиваніе мочею раненныхъ мѣстъ всегда вызываетъ боль, хотя-бы эти мѣста и не были инфицированы. Даже если-бы мы, съ Ricord'омъ и Noeggerath'омъ, опредѣлили частоту гонорреи у мужчинъ въ 88<sup>0</sup>/<sub>100</sub>, — все-таки мы сдѣлали-бы ошибку, діагностировавъ на основаніи сказанныхъ разстройствъ гоноррею, приобрѣтенную женщиной

1) Реакція эта является преимущественно результатомъ того раздражающаго дѣйствія, которое оказываетъ на ткани вырабатываемое гонококками ядовитое вещество, т. наз. гонотоксинъ (Масловскій, Рапичіи и др.). В. Г.

2) Также Harris, Haskell и др. авторы. В. Г.

въ послѣсвадебную ночь. Однако это еще не значитъ, что у женщинъ не можетъ быть остраго гонорройнаго уретрита, подобнаго тому, какой имѣется у мужчинъ. Анатомическія свойства женской уретры, ея короткость и ширина, отсутствіе скрытыхъ уголковъ и железъ, свойственныхъ задней части уретры у мужчинъ. — все это служитъ причиной того, что инфекция локализуется на свободной поверхности слизистой оболочки мочеиспускательнаго канала, и уретритъ, не вызывая особенныхъ страданій, вскорѣ излечивается или по крайней мѣрѣ дѣлается бессимптомнымъ. Лишь въ рѣдкихъ случаяхъ дѣло здѣсь доходитъ до болѣе глубоко проникающихъ поврежденій ткани, которыя поддерживаютъ разстройство и боли вълѣдствіе утолщенія всего мочевого канала и образованія эрозій на свободной поверхности слизистой его оболочки. Что касается триппернаго заболѣванія мочевого пузыря у женщинъ, — заболѣванія, угрожающаго возможностью распространенія процесса вверхъ на мочеточники и почки, то, хотя оно и было съ точностью установлено Wertheim'омъ путемъ микроскопическаго изслѣдованія, однако оно бываетъ, вѣроятно, лишь въ рѣдкихъ случаяхъ<sup>1)</sup>.

II. Наружные половые органы и влагалище у взрослыхъ женщинъ также въ общемъ мало страдаютъ при гонорройной инфекціи. Напротивъ, у дѣтей преддверіе и влагалище бываютъ излюбленнымъ мѣстопребываніемъ болѣзни (vulvo-vaginitis gonorrhoeica). Нѣжный дѣтскій эпителий является весьма благоприятною почвою для роста гонококковъ. Такъ какъ у дѣвочекъ, далѣе, большія губы плотно прилегаютъ другъ къ другу, то гонококки находятъ въ бухтахъ и складкахъ преддверія влажное, теплое мѣсто, весьма удобное для ихъ размноженія. Здѣсь они вызываютъ обильную продукцію гноя и сильное воспаленіе, которое выражается рѣзкой краснотой, припухлостью и болью. Окружающія вульву части въ такихъ случаяхъ бываютъ покрыты марками, отчасти уже засохшимъ секретомъ, а при разведеніи губъ оказывается, что всѣ бухты и складки выполнены гноемъ. Какъ высоко захватило воспаленіе рукавъ, этого обыкновенно установить нельзя вслѣдствіе узкости входа во влагалище и отверстія гимена у дѣтей; однако гнойный секретъ, вытекающій изъ вагины, указываетъ на то, что и послѣдняя поражена. Чѣмъ болѣе половые органы у взрослыхъ приближаются къ дѣтскимъ и чѣмъ моложе данный индивидъ, тѣмъ больше во время инфекціи картина заболѣванія будетъ приближаться къ описанной. Представляетъ-ли кожа и слизистая оболочка у нѣкоторыхъ женщинъ, особенно покрытые нѣжнымъ эпителиемъ покровы у блондинокъ, индивидуальное предрасположеніе къ указанной локализациі процесса, которая въ общемъ бываетъ у

1) Съ высказаннымъ здѣсь взглядомъ на относительную рѣдкость и малую стойкость гонорройнаго уретрита у женщинъ врядъ-ли можно согласиться безъ существенныхъ оговорокъ. Прежде всего гонорройный уретритъ у женщинъ, зараженныхъ гонорреей, далеко не составляетъ рѣдкости; нѣкоторые наблюдатели склонны даже думать, что и у женщинъ, подобно мужчинамъ, гонорройная зараза всегда локализуется въ уретрѣ. Далѣе, гонорройный уретритъ и у женщинъ зачастую является довольно стойкимъ заболѣваніемъ. Объясняется это тѣмъ, что гонококки при немъ могутъ долго сохранять свою жизнеспособность въ железахъ, открывающихся въ уретру и подлѣ нея. В. Г.

взрослыхъ не столь типичной, — это рѣшать будущія наблюденія: но уже а priori это кажется весьма возможнымъ. Вульва и рукавъ многорожавшихъ женщинъ, будучи широко раскрыты и имѣя болѣе грубые покровы, являются резистентными по отношенію къ гонококкамъ — по крайней мѣрѣ до тѣхъ поръ, пока атрофирующий климактерическій вагинитъ не сдѣлаетъ почву для инфекціи опять болѣе благоприятной.

Полное отрицаніе возможности гонорройнаго вагинита у взрослыхъ является неосновательнымъ. Я самъ видѣлъ нѣсколько подобныхъ случаевъ, изъ которыхъ въ одномъ заболѣваніе отличалось особеннымъ упорствомъ: въ этомъ случаѣ у больной вслѣдствіе тяжелой восходящей гонорреи половыхъ путей была сдѣлана радикальная операція *per vaginam*; тѣмъ не менѣе у нея еще долгое время послѣ операціи можно было доказать существованіе во влагалищѣ секрета, содержащаго гонококковъ<sup>1)</sup>.

Самымъ существеннымъ симптомомъ гонорройнаго вагинита является отдѣленіе гноя: кромѣ того, при этой болѣзни имѣются: краснота, припухлость и боли; на сильно припухшей слизистой оболочкѣ замѣчаются, на верхушкахъ сосочковъ, эпителиальные дефекты — эрозіи.

Говоря о гонорройномъ вульво-вагинитѣ, слѣдуетъ упомянуть объ отдѣльныхъ излюбленныхъ мѣстахъ предверія, гдѣ гонококки не только встрѣчаются очень часто, но и избираютъ эти мѣста постояннымъ мѣстожителемъ. Мы говоримъ здѣсь о тѣхъ маленькихъ железахъ и криптахъ, которыя находятся въ самой нижней части мочевого канала, вблизи его устья, а также въ ладьевидной ямкѣ, особенно же имѣемъ въ виду Bartholin'овы железы. Черезъ выстланные цилиндрическимъ эпителиемъ выводные протоки гонококки проникаютъ вглубь железъ; затѣмъ, вслѣдствіе закупорки или закрытія этихъ выводныхъ каналовъ, получаютъ ретенціонныя кисты или псевдоабсцессы, которые, вскрывшись, ведутъ къ хроническимъ фистулезнымъ нагноеніямъ. При смѣшанной инфекціи, вызванной септическими зародышами вмѣстѣ съ гонококками, дѣло доходитъ до образованія настоящихъ абсцессовъ. Отверстія выводныхъ протоковъ Bartholin'овыхъ железъ при инфекціи обозначаются на фонѣ окружающихъ тканей маленькими, довольно рѣзко ограниченными, красными воспалительными ободками; это — т. н. *stigmata gonorrhoeica*, на значеніе которыхъ въ первый разъ обратилъ вниманіе Sän ger, назвавшій ихъ «*maculae gonorrhoeicae*».

III. Всѣ авторы новѣйшаго времени, въ противоположность прежнимъ, полагавшимъ, что типическимъ мѣстомъ женской гонорреи является уретра, принимаютъ единогласно<sup>2)</sup>, что настоящимъ очагомъ болѣзни является матка. Первенствующее мѣсто занимаетъ здѣсь шейка, въ которой имѣются весьма благоприятныя условія для развитія гонококковъ, а именно, она постоянно выполнена слизистой пробкой съ щелочной реакціей, ея слизистая оболочка

1) По B o d e n s t e i n'у, рукавъ, именно задній сводъ его, является даже главнымъ очагомъ, гдѣ гнѣздятся гонококки. В. Г.

2) Такое заявленіе автора несовсѣмъ вѣрно: нѣкоторые изъ новѣйшихъ изслѣдователей продолжаютъ считать главнымъ очагомъ гонорреи у женщинъ уретру, другіе же (B o d e n s t e i n) — задній сводъ влагалища. В. Г.

покрыта цилиндрическим эпителием, представляет обильный складки и снабжена слизистыми железами одиночного строения. Гонококки при половом сношении приходят, вместе с семенем, в непосредственное соприкосновение с наружным маточным зевом, проникают в эпителий и между эпителиальными клетками и поражают живую, неповрежденную ткань, как настоящие паразиты.

Me n g e в своемъ фундаментальномъ трудѣ „Бактеріологія полового тракта небеременныхъ и непузэрпальныхъ женщинъ“ доказалъ, что нормально свободная отъ зародышей шейка матки отражаетъ, при помощи механическихъ, химическихъ и физическихъ приспособлений, всѣ бактеріи за исключеніемъ гонококковъ и туберкулезныхъ бацилл, противъ которыхъ эти противубактерійныя приспособления являются вполне безсильными. Всѣ другіе зародыши, даже септические и гнилостные, для образованія колоній въ шейкѣ нуждаются въ специальныхъ, нормально отсутствующихъ условіяхъ, каковыми, напр., служатъ пораненія шейки при операціяхъ, пузэрпальный періодъ или же омертвѣвшія ткани при ракахъ и гангренозныхъ полипахъ.

При операціяхъ на маточной шейкѣ легко убѣдиться, что нижній отдѣлъ матки, повидимому, мало чувствителенъ. Этимъ объясняется тотъ фактъ, что, если гоноррея локализуется въ шейкѣ, то, хотя она и обусловливаетъ собою припухлость и красноту маточнаго зева и обильныя слизисто-гнойныя выдѣленія, однако она или не вызываетъ никакихъ ощущеній, или же неясныя, неподдающіяся опредѣленію. Если гоноррея шейки не осложнится гонорреей уретры или вульвы, то у больной не будетъ никакихъ явленій инфекции за исключеніемъ, быть можетъ, незначительныхъ бѣлей. Подобнымъ же образомъ объясняется и то, почему иногда въ послѣродовомъ періодѣ обнаруживается присутствіе гонококковъ тамъ, гдѣ они раньше оставались незамѣченными.

Является еще спорнымъ вопросъ, составляетъ-ли внутренней маточный зѣвъ известное препятствіе для гонококковъ, или нѣтъ, и ограничивается ли гоноррея, согласно В и t m'у, болѣе шейкой, поражая маточное тѣло лишь тогда, когда об этомъ возвѣщаютъ типическіе для даннаго заболѣванія симптомы, или же, какъ думаютъ Wertheim и Me n g e внутренней маточный зѣвъ не представляетъ для гонококковъ никакого препятствія, и гоноррея тѣла матки осложняетъ трипперъ шейки гораздо чаще, чѣмъ это думали до сихъ поръ. В и t m<sup>1)</sup>, при продолжительномъ наблюденіи надъ 110 больными изъ своей частной практики, констатировалъ въ 27<sup>0</sup> гоноррею тѣла матки и въ 13<sup>0</sup> — гоноррею трубу.

Не подлежитъ никакому сомнѣнію, что гонококкъ можетъ вызывать острый міо-эндометритъ съ лихорадкой, сильными болями въ животѣ и крестцѣ, съ обильной гнойной секретіей и съ большой чувствительностью припухлостей, плотной матки. Точно также мы едва-ли ошибемся, если большое число случаевъ интерстиціального эндометрита, выражающагося мелкоклеточковою инфильтраціей, отнесемъ къ трипперной инфекции и ея послѣдствіямъ. Но существуетъ-ли, кромѣ того, еще гоноррея *corporis uteri*, выражающаяся менѣе рѣзкими симптомами и развивающаяся какъ-бы крадучись, — на это въ настоящее время нельзя еще дать положительнаго отвѣта.

Если острая явленія въ шейкѣ и маточномъ зѣвѣ, какъ это обыкновенно бываетъ, прошли по истеченіи нѣсколькихъ недѣль, то

1) L e y d e n und K l e m e r e r, Die Deutsche Klinik am Eing. d. XX Jahrhunderts, Bd. IX, S. 412.

гоноррея переходитъ въ хроническій процессъ, не вызывающій особенныхъ страданій, поскольку въ заболѣваніе не вовлечены трубы и брюшина. При этомъ остается лишь незначительная секретія, усиливающаяся по временамъ, напр. послѣ эксцессовъ, и эрозій маточнаго зѣва: за то эти симптомы держатся чрезвычайно долго, иногда всю жизнь, и по своей важности могутъ быть поставлены наряду съ *goutte militaire* и трипперными нитями у мужчинъ.

IV. Вся тяжесть гонорреи у женщинъ проявляется лишь тогда, когда трипперныя бактеріи проникнуть въ трубы, а черезъ послѣднія въ яичники и въ брюшную полость. Это будетъ «восходящая форма гонорреи», названная такъ *Wert-heim's*омъ, посвятившемъ ей разработку капитальный трудъ. Съ ея развитіемъ здоровое состояніе половыхъ органовъ является уничтоженнымъ на весьма продолжительное время. Впрочемъ, чтобы избѣгать повтореній, я отсылаю читателей по этому вопросу къ главѣ о воспаленіяхъ трубъ, гдѣ изложены происходящія при данной формѣ гонорреи измѣненія.

Вліяніе гонорреи на половыя функціи и въ частности на способность воспроизведенія зависитъ вполнѣ отъ рода инфекціи и степени распространенія ея на отдѣльныя части полового аппарата.

Не подлежитъ сомнѣнію, что какъ у мужчинъ, такъ и у женщинъ послѣдствіемъ гонорреи можетъ быть полное безплодіе, зависящее отъ невозможности зачатія. Несомнѣнно и то, что большинство безплодныхъ браковъ обязаны своей стерильностью гонорреѣ. Но если принять въ соображеніе, какъ сильно распространена послѣдняя среди мужчинъ (приблизительно въ 80<sup>0</sup>/<sub>0</sub>), то едва-ли нужно будетъ доказывать, что гоноррея отнюдь не всегда вызываетъ какъ у мужчинъ, такъ и у женщинъ — такого рода заболѣваніе половой сферы, неминуемымъ послѣдствіемъ котораго является безплодіе. Что касается женщинъ, то въ доказательство сейчасъ сказаннаго достаточно указать на офтальмогенноноррею новорожденныхъ. Дитя заразило свои глаза гонорреей въ половыхъ путяхъ матери; сѣдовательно, послѣдняя больна гонорреей, а все-таки ея способность къ воспроизведенію не пострадала.

Теперь признають, что участіе или, лучше, вина мужчинъ въ безплодіи брака гораздо больше, чѣмъ это принимали раньше, такъ что у гинекологовъ установился принципъ — не лечить никакой женщины отъ безплодія раньше, чѣмъ не будетъ доказано, что мужъ ея способенъ къ воспроизведенію. *Lier* и *Ascher* нашли, что въ 70<sup>0</sup>/<sub>0</sub> первичная причина безплодія зависитъ отъ мужчинъ. Формы безплодія у мужчинъ, зависящія отъ послѣдствій гонорреи, могутъ быть самыя разнообразныя; таковы: азооспермія вслѣдствіе пораженія сѣмяпроводовъ при двустороннемъ эпидидимитѣ и фуникулитѣ, некроспермія вслѣдствіе патологическаго измѣненія секретовъ сѣмянныхъ пузырьковъ и простаты (піоспермія) и асперматизмъ вслѣдствіе стриктуръ. (См. *Finger*, *Die Pathologie und Therapie der Sterilität beim Manne*, Leipzig, 1898).

Какъ у мужчинъ, такъ и у женщинъ влияніе гонорреи на способность къ воспроизведенію вполнѣ зависитъ отъ тяжести болѣзни и отъ распространенія гонококковъ. Самая тяжелая форма, восходящая гоноррея, обуславливаетъ и самыя тяжелыя послѣдствія. Если гонококки перешли уже черезъ внутренній маточный зѣвъ, то женщина по большей части обречена на безплодіе, если же поражены и трубы, вслѣдствіе чего наступила ихъ облитерация и наполненіе

гноемъ, то никакое искусство не въ состояніи возратить половымъ органамъ ихъ способности къ воспроизведенію.

Но безплодіе, обусловленное несобобностью къ зачатію, не исчерпываетъ еще всѣхъ отношеній между гонорреей и воспроизводительной функціей. Хотя въ настоящее время еще неполнѣ доказано, однако, благодаря нѣкоторымъ наблюденіямъ, весьма правдоподобно, что гонорройный *endometritis corporis* допускаетъ до известной степени прививку оплодотвореннаго яйца и его развитіе, но прогрессирующій децидуальный эндометритъ вызываетъ абортъ, и такимъ образомъ гоноррея, по всей вѣроятности, нѣрѣдко является причиною выкидышей.

Послѣ того, какъ Крoеніg изъ 296 лихорадящихъ родильницъ нашелъ гонококковой эндометритъ у 31, а Winternitz изъ 121 родильницы у 6, и послѣ того, какъ эти ученые доказали, что гонококки находятъ въ лохіяхъ благоприятную для нихъ, усиливающую ихъ вирулентность питательную среду, — намъ приходится смотрѣть на пурперіи, а также на менструальную эпоху, какъ на періоды, во время которыхъ гоноррея, протекавшая до сихъ поръ крайне легко, можетъ принять болѣе тяжелое теченіе. Этнмъ можно себѣ объяснить, почему гонорройныя измѣненія въ пурперальномъ періодѣ послѣ первыхъ родовъ, благодаря восходящему распространенію гонококковъ и вызываемымъ ими стойкимъ патологическимъ процессамъ, могутъ вести къ дальнѣйшему безплодію (*Ein-kindsterilität*).

Помимо воспроизводительной дѣятельности, отравленія половыхъ органовъ подѣ влияніемъ гонорреи разстраиваются еще въ томъ отношеніи, что, подѣ влияніемъ гонорройнаго эндометрита, наступаютъ разстройства въ мѣсячныхъ; при этомъ менструальныя кровотеченія становятся болѣе частыми, промежутки между ними болѣе короткими, а сами мѣсячныя продолжаются дольше, становятся болѣе обильными и болѣзненными. Coitus при пораженіи маточнаго тѣла, а въ особенности трубъ и тазовой брюшины, тоже можетъ сопровождаться болями, иногда невыносимыми.

Чѣмъ обусловливается это крайнее разнообразіе къ картинѣ и ходѣ болѣзни, а стало быть и въ прогнозѣ, — это вопросъ, который покаместъ остается еще нѣрѣшеннымъ. Несмотря на множество противоположныхъ взглядовъ, я все-таки не могу освободиться отъ того мнѣнія, что на родъ заболѣванія имѣетъ существенное вліяніе степень вирулентности инфекціоннаго начала<sup>1)</sup>.

Въ отношеніи діагноза женскій трипперъ также существенно различенъ отъ мужского. Въ то время, какъ діагнозъ послѣдняго рѣдко представляетъ затрудненія, которые бывають значительны лишь въ болѣе позднихъ стадіяхъ, а именно, когда требуется доказать заразительность остатковъ этой болѣзни, — у женщинъ трипперъ уже въ гораздо болѣе раннихъ стадіяхъ представляетъ много сомнительнаго для діагноза, причемъ отвѣтъ на тотъ, весьма часто крайне важный вопросъ, которая изъ частей женскаго полового тракта поражена, и имѣемъ-ли мы дѣло съ локализованнымъ

1) А также, по моему мнѣнію, анатомическія особенности половой сферы у больной. В. Г.

ной или съ восходящей гонорреей, можетъ быть рѣшенъ лишь послѣ продолжительныхъ наблюденій и повторныхъ изслѣдованій.

Какъ при другихъ инфекціонныхъ заболѣваніяхъ, такъ и здѣсь діагнозъ основывается на бактериологическомъ доказательствѣ присутствія гонококковъ. При этомъ, однако, слѣдуетъ имѣть въ виду то обстоятельство, что, съ другой стороны, діагнозъ нисколько не рѣшается, если бактериологическое изслѣдованіе дастъ отрицательный результатъ. Въ первыхъ, острыхъ стадіяхъ болѣзни какъ въ секретѣ уретры, такъ и въ гноѣ при вульво-вагинитѣ, эндометритѣ, сальпингитѣ и перитонитѣ — гонококки столь многочисленны и характерны, что бактериологическое изслѣдованіе можетъ быть сдѣлано столь же легко и съ такою же увѣренностью, какъ и при гонорройномъ уретритѣ мужчинъ или офтальмобленнорреѣ новорожденныхъ, — заболѣваніяхъ, которыя являются весьма благодарными объектами для микроскопическаго доказательства существованія гонококковъ. Изъ которыхъ подспорьемъ при изслѣдованіи является здѣсь тотъ фактъ, что въ стадіяхъ сильной воспалительной реакціи наряду съ гонококками обыкновенно не встрѣчается другихъ бактерій. Въ гнойныхъ, осумкованныхъ полостяхъ, напр. въ *sactosalpinx purulenta*, трипперные микробы и послѣдствія остаются одинокими; результаты изслѣдованій, при которыхъ была найдена смѣшанная инфекція, вполне справедливо должны считаться сомнительными за исключеніемъ, пожалуй, симбіоза съ туберкулезными бактеріями (Menge). Но въ закрытыхъ абсцессахъ гонококки постоянно вымираютъ и становятся все болѣе и болѣе малочисленными; этимъ объясняется тотъ фактъ, что гной при пюсальпинксахъ въ большинствѣ случаевъ былъ находимъ стерильнымъ. Menge изъ 122 случаевъ пюсальпинкса нашелъ трубный гной свободнымъ отъ зародышей въ 75. Изъ 47 положительныхъ наблюденій гонококки были констатированы 28 разъ.

Изслѣдуя секретъ уретры или маточной шейки при гонорреѣ, мы замѣчаемъ, что, съ уменьшеніемъ числа гонококковъ, другія бактеріи дѣлаются болѣе многочисленными и разнообразными, благодаря чему бактериологическую картину секрета становится истолковать все труднѣе.

Профилактика и леченіе. — Профилактика женскаго триппера сводится цѣлкомъ къ профилактикѣ и леченію гонорреи у мужчинъ. Выясненіе мужчинамъ дурныхъ послѣдствій отъ триппера въ брачной жизни, тщательное и надлежащее изслѣдованіе гонорройныхъ кандидатовъ на бракъ и запрещеніе вступать въ бракъ при имѣющейся еще инфекціи — могутъ хотя отчасти уменьшить число случаевъ «брачнаго триппера».

Въ Германіи была сдѣлана попытка воспрепятствовать передачѣ половыхъ болѣзней при помощи карательныхъ мѣръ. При обсужденіи „закона Hei n z e“ былъ внесенъ слѣдующій проектъ<sup>1)</sup>:

§ 327a. Кто, зная о томъ, что онъ страдаетъ заразительной половой болѣзью, вступить въ половое общеніе, наказуется тюремнымъ заключеніемъ до 1 года и денежнымъ штрафомъ до 1000 марокъ.

Если данное дѣйствіе произошло между супругами или между женихомъ и

1) R u d e s k. Сифились и гонорея передъ судомъ. Jena, 1900.



невѣстою, то преслѣдованіе можетъ быть начато только по требованію одной изъ сторонъ.

Здѣсь, какъ это уже практикуется въ Норвегіи, Даніи и Швейцаріи, должна быть наказуема уже самая возможность зараженія; наступившее же *de facto* зараженіе подлежитъ уже по существующимъ законамъ наказанію по статьямъ 223—226 и 228 или 230 Уложенія о наказаніяхъ, какъ намѣренное и происшедшее по неосторожности поврежденіе тѣла. Вслѣдствіе опасности сказаннаго дѣянія для всего общества, для судебного преслѣдованія здѣсь не является необходимымъ починъ потерпѣвшаго лица, каковой починъ необходимъ въ другихъ случаяхъ при легкомъ, намѣренномъ или происшедшемъ по неосторожности поврежденіи.

Этотъ § 327а „закона *Hei n z e*“ былъ отклоненъ, такъ какъ указали на трудность примѣненія его на практикѣ, особенно въ виду того, что не существуетъ обязательнаго увѣдомленія о венерическихъ заболѣваніяхъ. Такимъ образомъ въ настоящее время при судебномъ преслѣдованіи руководятся лишь перечисленными выше параграфами Уложенія о наказаніяхъ. Въ области супружескаго права по отношенію къ гонорреѣ заслуживаетъ вниманія то обстоятельство, что, по § 1333 В. Г. В., занесенная въ бракъ гоноррея даетъ поводъ къ оспариванію и расторженію брака. Потерпѣвшее лицо можетъ, по § 823 и § 843 В. Г. В., предъявить гражданскій искъ о вознагражденіи. Опираясь на супружеское прелюбодѣяніе, по § 1565 В. Г. В. или § 1568, можно добиться развода, если въ бракъ была занесена гоноррея.

Успѣшнѣе принудительныхъ мѣръ можно, повидному, бороться съ гонорреей путемъ распространенія въ населеніи свѣдѣній о злобныхъ послѣдствіяхъ этого заболѣванія. Надо съ корнемъ истребить взглядъ, будто гоноррея — невинное, чувствительное лишь для самого больного заболѣваніе. Особенно надо распространить убѣжденіе, что внесеніе гонорройной заразы въ брачную жизнь можетъ имѣть тяжелыя послѣдствія для женщины на всю ея жизнь. Эти предостереженія могутъ упасть на тѣмъ болѣе благодарную почву, что къ нимъ можно присовокупить, насколько надежно мы въ состояніи избѣгнуть этихъ послѣдствій при раціональномъ леченіи. Здѣсь открывается благодарное поле для современныхъ стремленій къ выясненію половой жизни. При этомъ надо особенно подчеркивать то обстоятельство, насколько широко распространена гонорройная зараза среди проститутокъ, между которыми, по статистическимъ даннымъ, минимумъ половина инфицированы трипперомъ. Молодежь не можетъ быть достаточно настоятельно предупреждаема объ этой опасности, упорствующимъ же надо по крайней мѣрѣ рекомендовать, чтобы они никогда не упускали прибѣгать къ предохранительнымъ мѣрамъ, именно, къ употребленію презервативовъ. Эта личная профилактика можетъ быть названа абсолютно — вѣрною и тѣмъ болѣе заслуживающею рекомендаціи, что профилактическія мѣропріятія общаго характера — ничто иное, какъ ударъ по водѣ. Гарантію себѣ отъ гонорройной инфекціи должно быть одѣвываемо тѣмъ выше, если въ параллель ему поставитъ безуспѣшность леченія уже развившейся болѣзни, особенно у женщинъ. И въ самомъ дѣлѣ мы не въ состояніи изгнать гонококковъ изъ тѣхъ многочисленныхъ глухихъ уголковъ, которые они находятъ въ половомъ аппаратѣ женщины.

Проникающія отсюда послѣдствія могутъ быть разсматриваемы, — если мы даже станемъ считать ихъ болѣзненными явленіями, — какъ цѣлебная реакція организма. Борьба съ этой реакціей не можетъ быть безъ дальнѣйшихъ оцѣнокъ признана правильною, если только мѣры этой борьбы одновременно не будутъ

служить къ устраненію причинныхъ моментовъ, лежащихъ въ основѣ заболѣванія.

Во всякомъ случаѣ при леченіи женской гонорреу мы прежде всего должны разобрать, ограничивается-ли гонорройный процессъ нижними отрѣзками полового прибора, лежащими ниже внутренняго зѣва, или инфекция перешла уже эту границу и поразила верхніе, болѣе чувствительныя къ ней отдѣлы. Въ послѣднемъ случаѣ заболѣваніе становится не только субъективно болѣе тяжелымъ и болѣзненнымъ, но и объективно вызывающимъ неисправимыя измѣненія въ трубахъ и сѣвднихъ частяхъ брюшной полости, — измѣненія, которыя не поддаются никакому леченію и въ концѣ концовъ требуютъ уродующихъ операцій, сопряженныхъ съ полною потерю пораженныхъ органовъ. Всякому лечебному вмѣшательству и должно предшествовать тщательное отличительное распознаваніе, имѣется-ли въ данномъ случаѣ относительно невинная гоноррея, локализирующаяся въ нижнихъ отдѣлахъ половой сферы, или восходящая форма съ поражениемъ матки, трубъ и тазовой брюшины. Установка такого распознаванія тѣмъ важнѣе, что, если мы не будемъ принимать во вниманіе формы гонорреи, то легко изъ мѣстнаго локализованнаго заболѣванія можемъ сдѣлать общее, восходящее. Происходитъ это вслѣдствіе разнесенія гонорройнаго яда съ инфицирующими микробами. Въ подобныхъ случаяхъ гораздо лучше воздержаться отъ всякой активной, энергичной терапіи, чтобы не мѣшать мѣрамъ борьбы, принятымъ самою природою. Особенно слѣдуетъ удерживаться отъ внутриматочныхъ мѣропріятій, каковы: расширеніе матки, выскабливаніе, вприскиванія, ирригаціи и т. п. Даже влагалищныя свирпцеванія у такихъ больныхъ слѣдуетъ производить съ осторожностью, такъ какъ, если они производятся подъ большимъ давленіемъ — при употребленіи шпунцевъ, или подъ напоромъ большого столба жидкости — при употребленіи ирригаторовъ, то легко могутъ занести въ матку секреты ихъ рукава.

Такимъ образомъ, какъ вездѣ, такъ и въ данной области терапіи требуетъ предварительнаго индивидуализирующаго анамнеза, который долженъ быть направленъ на то, какія части половой сферы являются пораженными. Соответственно этому назначаются и лечебныя мѣры, причемъ ницѣ слѣпой схематизмъ не приноситъ столько вреда, какъ здѣсь.

Для правильной оцѣнки терапевтическихъ предписаній мы должны помнить, что до сихъ поръ еще не располагаемъ никакимъ средствомъ, которое-бы могло убить вѣдрившихся въ клѣтки и ткани гонококковъ. За то въ той стадіи инфекции, когда гонококки, хотя и проникли въ половой каналъ, но еще не успѣли вѣдриться здѣсь. — въ той стадіи, стало быть, которую можно назвать инкубаціонною. — мы въ состояніи предупредить взрывъ болѣзни, умертвивъ кокковъ въ мѣстахъ ихъ пребыванія. Если этотъ видъ профилактической борьбы съ гонорреей и можетъ имѣть лишь ограниченное примѣненіе, такъ какъ больныя въ этой стадіи обычно и не подозреваютъ, что онѣ наканунѣ болѣзни, однако объ немъ не слѣдуетъ забывать. Надо только вспомнить о той громадной выгодѣ, какую принесло въ акушерствѣ примѣненіе способа Среде. Столь простаго мѣропріятія, какъ вкапываніе въ глазки новорожденныхъ

1—2° раствора *argenti nitrici* или еще лучше, 1°/о *argenti acetici*. оказалось совершенно достаточнымъ, чтобы почти совершенно изгнать изъ родильныхъ домовъ *ophthalmoblenorrhoea* neonatorum.

По отношенію къ взрослымъ подобная профилактика могла-бы имѣть мѣсто у муцинъ — въ видѣ немедленного впрыскиванія въ уретру ляписнаго раствора послѣ подозрительнаго сношенія. Что касается женщинъ, то у нихъ купировать подобнымъ образомъ инфекцію нѣтъ никакой возможности, такъ какъ здѣсь, благодаря особенному строенію полового аппарата, заразное начало тотчасъ же проникаетъ какъ въ уретру, такъ и въ недоступные уголки вульвы и внутреннихъ половыхъ частей.

Переходя, далѣе, къ обзорѣнню терапіи отдѣльныхъ формъ женской гонорреи, начнемъ съ леченія вульво-вагинита у дѣтей. Первою задачею здѣсь является — удалить фдкій секретъ, который въ обильномъ количествѣ отдѣляется пораженными слизистыми оболочками, и особенно — помѣщать занесенію его на другія слизистыя оболочки, особенно на соединительную оболочку глазъ. Первое время заболѣванія лучше всего будетъ держать больныхъ дѣтей въ постели, ежедневно купать и мѣстно лечить. Постельное бѣлье надо почаще мѣнять и каждый разъ стерилизовать путемъ кипяченія. Разъ въ день ребенокъ долженъ быть лечимъ врачомъ, который, раскрывъ половыя части, смазываетъ ихъ растворами серебряныхъ солей. Изъ такихъ растворовъ особенно заслуживаютъ примѣненія: *argentum nitricum* 1—2:1000, протарголъ 3:1000, аргентамиль 3:100 и ихтарганъ 1:1000.

Влагалищныхъ спринцеваній у маленькихъ дѣтей не слѣдуетъ дѣлать — по крайней мѣрѣ до тѣхъ поръ, пока не будетъ установлено, что гонорройный секретъ вытекаетъ изъ рукава. Въ такомъ случаѣ являются показанными промыванія рукава, черезъ *Nélaton* овскій катетеръ, однимъ изъ перечисленныхъ выше средствъ, подъ небольшимъ давленіемъ. Если благодаря раздражающему дѣйствию секрета, у больныхъ развиваются воспаленіе и эрозія на наружныхъ половыхъ частяхъ и пограничныхъ областяхъ бедеръ, то примѣняютъ здѣсь, послѣ смазыванія растворами ляписа, мази и компрессы. Это леченіе должно быть продолжасмо до тѣхъ поръ, пока не исчезнутъ послѣдніе слѣды гонорройнаго процесса. При этомъ не слѣдуетъ забывать, что, хотя мы имѣемъ дѣло съ очень упорнымъ и длительнымъ заболѣваніемъ, однако послѣднее вполне излечимо, такъ какъ въ дѣтскомъ возрастѣ склонность гонорреи къ восходящему распространенію очень невелика, и значительная способность кѣтокъ къ регенерации быстро обусловливаетъ *restitutio ad integrum*.

Совершенно иначе обстоитъ дѣло при леченіи гонорреи у взрослыхъ женщинъ. Терапія гонорройнаго уретрита производится въ общемъ по тѣмъ же правиламъ, какія имѣютъ мѣсто при леченіи триппера у муцинъ. Въ частности, при острой стадіи надо быть очень осторожнымъ съ внимательствомъ, такъ какъ, благодаря короткости и ширинѣ женской уретры, гонококки легко могутъ быть занесены въ пузырь, и вмѣсто относительно неопаснаго уретрита мы получимъ гораздо болѣе опасный циститъ, — процессъ, при которомъ зараза можетъ дойти до почекъ. Въ виду этого обстоятель-

ства, вмѣсто небезопасныхъ промываній уретры, здѣсь лучше утилизовать самоочищеніе ея путемъ мочеиспусканія, назначая больнымъ обильное питье, особенно такихъ минеральныхъ водъ, какъ Fachinger, Wildungen, Helenenquelle, Vichy и т. п., затѣмъ — настоевъ чая, мочегонныхъ сборовъ и т. д.; одновременно больнымъ назначаютъ внутрь копейскій бальзамъ, уротропинъ, гоносанъ и др. средства, оказывающія благоприятное вліяніе на субъективныя и объективныя проявленія болѣзни.

Лишь въ болѣе позднихъ стадіяхъ хроническаго гонорройнаго уретрита является показаннымъ мѣстное леченіе — послѣ того, какъ эндоскопія установитъ послѣдовательныя явленія вродѣ эрозій и инфильтрацій и сдѣлаетъ больныя мѣста доступными для непосредственнаго воздѣйствія. При этомъ эрозіи лучше всего прижечь или липсомъ *in substantia*, или гальванокатетеромъ. Гонорройные вульвиты и вагиниты у взрослыхъ являются легко доступными мѣстному леченію, такъ какъ мы можемъ видѣть заболѣвшія части, раскрыть ихъ зеркалами и привести въ непосредственное соприкосновеніе съ соответственными лекарственными веществами. Лишь въ раннихъ стадіяхъ, гдѣ воспаленіе обуславливаетъ сильную болѣзненность, надо воздерживаться отъ мѣстнаго леченія, ограничиваясь назначеніемъ постельнаго содержанія, ваннъ и компрессовъ съ уксуснокислымъ глиноземомъ и т. п. противувоспалительными и дезинфицирующими средствами. Въ хронической стадіи и здѣсь пораженныя слизистыя оболочки надо смазывать растворами серебряныхъ солей, или 1,5% растворомъ *zinci sulfurici*, или 1% растворомъ хлористаго цинка. Для влагаллица рекомендуется употреблять 4% *argentum nitricum*, который прилѣбняется, конечно, самимъ врачомъ, притомъ слѣдующимъ образомъ: введя въ рукавъ цилиндрическое зеркало среднихъ размѣровъ, врачъ вливаетъ въ него столовую ложку раствора, затѣмъ, медленно то вдвигая, то задвигая зеркало, старается, чтобы растворъ пришелъ въ соприкосновеніе со всеми участками рукавной стѣнки. Указанныя вливанія повторяются черезъ 2—3 дня, а въ промежуткахъ между ними въ рукавъ вводятся рукавные палочки или шарфики съ обеззараживающими веществами — іодоформомъ, тиоинолемъ и т. п.

При леченіи гонорройныхъ заболѣваній вульвы обращаютъ особенное вниманіе на тѣ мѣста, гдѣ болѣзнь особенно стойко держится. Къ такимъ мѣстамъ относятся крипты и выводные протоки железъ около уретры, особенно же — Bartholin'овы железы, въ выводные протоки которыхъ гонококки легко проникаютъ, обуславливая, — быть можетъ, вмѣстѣ со стафилококками, — возникновеніе ретенціонныхъ кистъ и даже нарывовъ въ железахъ; образованія эти представляются въ видѣ крайне болѣзненныхъ опухолей до куриного яйца величиною; для излеченія ихъ лучше всего вскрыть ихъ и затѣмъ вылущить весь абсцессъ или железу.

При леченіи гонорройнаго воспаленія шейки необходимо прежде всего быть осторожными, чтобы не подавъ повода къ восходящему распространенію гонорройнаго процесса. Поэтому и здѣсь въ острой стадіи ограничиваются осторожными спринцеваніями рукава, чтобы удалить инфицирующій секретъ, отъ мѣстнаго же леченія воздерживаются все то время, пока обильная продукція гонококковъ дѣлаетъ

значительную опасность их занесения. Въ позднѣйшихъ стадіяхъ можно прибѣгнуть къ мѣстному леченію цервикальнаго канала при помощи зондовъ Playfair'a или Menge, обмотанныхъ смоченною въ дезинфицирующихъ или вяжущихъ растворахъ ватой. Въ качествѣ средствъ для смазыванія могутъ быть рекомендованы: 5<sup>0</sup>/<sub>0</sub> растворъ ляписа, 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub> растворъ хлористаго цинка, 20—30<sup>0</sup>/<sub>0</sub> растворъ формалина, іодная настойка, 50<sup>0</sup>/<sub>0</sub> спиртовый растворъ карболовой кислоты и 20<sup>0</sup>/<sub>0</sub> растворъ протаргола.

Подобнымъ же образомъ слѣдуетъ поступать и при гонорреѣ тѣла матки. Только здѣсь слѣдуетъ еще больше, чѣмъ при цервикальной гонорреѣ, предостерегать отъ слишкомъ активнаго вмѣшательства въ свѣжихъ стадіяхъ, во избѣжаніе занесенія заразы въ болѣе глубокіе отдѣлы. Здѣсь опасность эта тѣмъ выше, что, какъ я доказалъ, даже если производить внутриматочныя впрыскиванія и промыванія со всевозможною осторожностью, — все-таки при этомъ существуетъ опасность пропитыванія введенныхъ жидкостей, черезъ трубы, въ брюшную полость. Этимъ путемъ въ брюшину могутъ быть занесены не только гонококки, но и весьма интенсивно дѣйствующіе яды, которые, всасываясь, могутъ вызвать тяжелое, даже смертельное воспаленіе брюшины.

Если гоноррея, наконецъ, проникла черезъ матку въ самыя верхніе отдѣлы полового аппарата, то, по моему убѣжденію, уже никакая терапія не можетъ излечить процесса. Сомнительно для меня и то, можетъ-ли природа въ этихъ случаяхъ справиться съ болѣзью. Терапія въ острыхъ стадіяхъ должна быть направлена къ тому, чтобы, съ одной стороны, путемъ назначенія покоя, льда на животъ, опіатовъ и морфія, уменьшить болѣзненность, а съ другой — помѣшать распространенію воспаленія и особенно изліянію инфицирующихъ секретовъ въ полость брюшины. Въ этихъ видахъ всякая активная терапія должна быть строго воспрещена. Если затѣмъ заболѣваніе пройдетъ безъ образованія срощеній и измѣненій въ трубахъ, то всякое дальнѣйшее леченіе является излишнимъ. Если же указанныя измѣненія наступили, то никакой неоперативной терапіей мы не въ состояніи устранить ихъ. Въ этихъ случаяхъ мы должны ограничиться тѣмъ, чтобы улучшить самочувствіе больныхъ, для каковой цѣли назначаемъ сидячія ванны, согрѣвающие компрессы на весь животъ, а позднѣе — грязевыя, железистыя и соляныя ванны. Съ назначеніемъ этихъ ваннъ надобно, однако, быть осторожнымъ, назначая ихъ только тогда, когда воспалительныя явленія отсутствуютъ на задній планъ, такъ какъ иначе они могутъ легко обостриться. Особенно слѣдуетъ предостеречь противъ примененія въ этихъ случаяхъ массажа, даже и осторожнаго, такъ какъ массажемъ можно разорвать образовавшіеся срощенія и такимъ образомъ вызвать изліяніе еще вирулентнаго гноя въ брюшину.

Если, наконецъ, съ обѣихъ сторонъ отъ матки образовались піосальпинксы по кулаку величиною, широко срощенные съ окружающими частями, особенно съ кишками, и обуславливающіе неустрашимыя никакимъ неоперативнымъ путемъ разстройства, то остается лишь путемъ операціи раздѣлить срощенія и удалить больныя органы. Такъ какъ здѣсь приходится применять уродующія операціи, то, конечно, съ установкою показаній къ нимъ надо быть очень

осторожнымъ. Съ другой стороны, однако, несомнѣнно, что иногда такія операціи являются единственнымъ средствомъ вернуть женщинѣ утраченное ею здоровье.

Въ заключеніе остается сказать нѣсколько словъ о леченіи гонорреи у беременныхъ и родильницъ. Такъ какъ до введенія профилактическаго пріема *Stedé ophthalmoblennorrhoea neonatorum* представляла очень частое заболѣваніе новорожденныхъ, то уже одно это обстоятельство показываеь, что наличие гонорреи можетъ не мѣшать зачатію. Правда, это относится лишь къ тѣмъ случаямъ, гдѣ гонорройная инфекция не перешла за внутрѣнный зѣвъ, ограничиваясь лишь уретрой, рукавомъ и, пожалуй, шейкой. Наступающія во время беременности измѣненія въ рукавѣ и повышенная секретія способствуютъ усиленію у больныхъ гнойнаго отдѣленія, беременныя начинаютъ страдать обильнымъ, ѣдкимъ истеченіемъ, которое ведетъ къ покраснѣнію наружныхъ половыхъ частей и образованию здѣсь очень тягостныхъ экзематозныхъ измѣненій и эрозій. Лечение такого гонорройнаго истеченія у беременныхъ составляетъ весьма благодарную задачу. Съ этою цѣлью наружныя половыя части смазываютъ 2% растворомъ ляписа; смазыванія эти вначалѣ являются весьма болѣзненными, но уже черезъ нѣсколько минутъ существовавшія ранѣ расстройства исчезаютъ, и пораженныя мѣста въ короткое время заживаютъ. Подобнымъ же образомъ легко устраняются и гнойныя выдѣленія изъ рукава, путемъ мѣстнаго леченія стѣнокъ послѣдняго переносимыми выше антигонорройными средствами, вводимыми черезъ зеркало. Въ дальнѣйшемъ полезно примѣнить вяжущія средства, среди которыхъ особенно заслуживаютъ примѣненія слабыя растворы квасцовъ, танина и сѣрно-кислаго цинка.

Мѣстное леченіе цервикальнаго канала у беременныхъ не должно быть примѣнимо, такъ какъ этимъ путемъ мы не только рискуемъ занести заразу за внутрѣнный зѣвъ, но и можемъ прервать беременность.

Въ пуэрипальномъ періодѣ слѣдуетъ особенно заботиться о томъ, чтобы избѣгать опасности восходящаго распространенія гонококковъ, такъ какъ послѣродовыя отдѣленія способствуютъ ихъ росту, и именно въ этомъ періодѣ невинныя детель формы гонорреи превращаются въ тяжелыя формы восходящей гонорреи. Не подлежить сомнѣнію, что послѣродовая лихорадка можетъ обусловливаться гонорройнымъ эндометритомъ, и что у родильницъ процессъ можетъ самъ собою переходить на трубы, вызывая здѣсь измѣненія, исключаяющія возможность дальнѣйшаго зачатія, „Einkindsterilität“.

Вслѣдствіе этого обстоятельство внутриматочная терапія у гонорройныхъ родильницъ является нерациональною. Во всякомъ случаѣ при ней слѣдуетъ примѣнить всѣ предосторожности, чтобы помѣшать распространенію процесса. Внутриматочныя промыванія слѣдуетъ примѣнять лишь тамъ, гдѣ имѣютъ мѣсто значительныя скопленія секретовъ въ маткѣ, причѣмъ слѣдуетъ заботиться о томъ, чтобы обратный оттокъ жидкости былъ обезпеченъ; съ этою цѣлью промыванія дѣлаются при помощи катетеровъ съ двойнымъ токомъ и подъ небольшимъ давленіемъ. Вообще при леченіи гонорреи у женщинъ всегда слѣдуетъ остерегаться чрезчуръ активныхъ вмѣшательствъ, чтобы наша терапія, вмѣсто пользы, не принесла вреда.

## Глава XXIV.

### Бугорчатка женских половых органовъ и брюшины.

Alfons'a Rosthorn'a.

(Для IV нѣмецкаго изданія глава просмотрѣна Карломъ Менге).

#### I. Общій обзоръ.

(Способъ перенесенія. — Локализація. — Частота).

Достоверныя свѣдѣнія о способѣ локализаціи бугорчатки въ половыхъ органахъ могли быть получены лишь тогда, когда была выяснена сущность этой инфекціонной болѣзни, а также пути зараженія и распространенія ея возбудителей. Сначала нужно было создать точки опоры для анатомическаго діагноза путемъ установки типичной гистологической картины и изученія этиологіи процесса. Обѣ задачи были разрѣшены, съ одной стороны, фундаментальными анатомическими изслѣдованіями Virchow'a, хотя описанный имъ, въ качествѣ характернаго для бугорчатки, соединительнотканнѣй бугорокъ и не является единственною формою, въ которой могутъ выступать бугорчатые пораженія, а съ другой стороны, благодаря открытію возбудителя болѣзни Robertomъ Koch'омъ. Лишь послѣ того, какъ знаменитые опыты Koch'a съ прививками бугорчатки при помощи чистыхъ культуръ дали положительныя результаты, было получено несомнѣнное доказательство того, что туберкулезная палочка можетъ вызывать настоящую бугорчатку, притомъ вполне самостоятельно, безъ содѣйствія остальныхъ составныхъ частей бугорчататаго вещества. Тогда только могъ получить всеобщее признаніе взглядъ, высказанный въ началѣ 90-хъ годовъ Koch'омъ и Baumgarten'омъ, что «безъ палочки нѣтъ туберкулеза, безъ туберкулеза нѣтъ палочки». Съ тѣхъ поръ всѣ, сдѣланныя случайно при вскрытіяхъ, прежнія наблюденія, восходящія вплоть до Morgagni, потеряли большую часть своего значенія.

Не считая нѣсколькихъ коммюникативныхъ работъ, какъ, напр., Raupaud (1831) и Brocard'eя (1865), и сообщеній Leberth'a и Gei'я, всѣ монографіи и болѣе обширныя труды по вопросу о бугорчаткѣ женской половой сферы относятся къ послѣднимъ десятилѣтіямъ [Friedrichs (1882), Mosler (1882), Späth (1885), Hegar (1886), Williams (1892), Gorowitz (1900)]. При этомъ Hegar'y принадлежитъ та заслуга, что онъ первый обратилъ вниманіе специалистовъ на бугорчатку половыхъ органовъ женщины, благодаря прекрасной разработкѣ даннаго предмета. Современное состояніе вопроса о бугорчаткѣ женскихъ половыхъ органовъ жгато изложено въ рефератахъ Amap'n'a, Marti'n'a и Veit'a, сообщенныхъ на Международномъ Конгрессѣ гинекологовъ въ Римѣ

(1902 г.), почему рефераты эти и имѣлись въ виду при составленіи настоящей главы.

Для уразумѣнія бугорчатки половых органовъ необходимо было, кромѣ того, чтобы было выработано понятіе о «мѣстномъ туберкулезѣ». Въ скоромъ времени было послѣдовательно доказано существованіе типичной бугорчатки въ грануляціяхъ при фунгозномъ воспаленіи суставовъ, въ сыровидно-измѣненныхъ или только гиперплазированныхъ лимфатическихъ железахъ, въ такъ называемыхъ золотушныхъ кожныхъ язвахъ, въ лимфатическихъ узлахъ, на серозныхъ оболочкахъ (Köster, Schüppel, Friedländer, Langhans и др.). За этими изслѣдованіями послѣдовали работы, благодаря которымъ мы получили представленіе о «прививочномъ туберкулезѣ»<sup>1)</sup>.

Какъ при всякой инфекціи, такъ и здѣсь имѣютъ важное значеніе число и вирулентность зародышей, а также конституція даннаго индивида, особенно же мѣстное и временное предрасположеніе пораженныхъ тканей. Всѣ ослабляющія вліянія общаго или мѣстнаго характера (предшествовавшая травма, воспаленіе, разрыхленіе тканей, анемическія состоянія и т. п.) и сопряженное съ этимъ разстройство химизма отдѣльныхъ клетокъ, которыя утрачиваютъ силу сопротивленія и защитительныя приспособленія, — все это оказываетъ огромное вліяніе на вытѣрженіе въ ткани проникшихъ въ организмъ микробовъ и ихъ размноженіе, а стало быть — и на развитіе болѣзни.

Ученіе объ общемъ предрасположеніи было въ теченіе долгаго времени предметомъ очень упорныхъ споровъ. Особенно различно опредѣлялось понятіе о наследственности: съ одной стороны, подъ этимъ терминомъ понимали унаслѣдованіе предрасположенія организма, съ другой — унаслѣдованіе самихъ зародышей, обуславливающихъ заболѣваніе (зараженіе при зачатіи, зараженіе чрезъ плаценту). По Bollinger'у, надо различать слѣдующіе способы пріобрѣтенія бугорчатки:

- 1) Инфекція безъ предрасположенія (прививочный туберкулезъ).
- 2) Инфекція при пріобрѣтенномъ предрасположеніи (мѣстное или общее ослабленіе сопротивленія).
- 3) Унаслѣдованное предрасположеніе (*habitus phthisicus*).

Въ новѣйшее время значеніе наследственныхъ факторовъ совершенно отрицается, а признается лишь значеніе мѣстнаго предрасположенія. Принимаютъ, что проникновеніе въ организмъ возбудителей инфекціи имѣетъ мѣсто главнымъ образомъ въ возрастѣ кормленія грудью, чрезъ посредство питанія (мол ко) (Behring). Взглядъ этотъ, высказывавшійся многими и прежде, противорѣчитъ, однако, даннымъ клиники и севціоннаго стола, согласно которымъ частота первичнаго туберкулеза кишечника въ дѣтскомъ возрастѣ, прежде опредѣлявшаяся въ 25<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, въ послѣднее время спустилась на 10—15<sup>0</sup>/<sub>0</sub> (Ribbert).

1) Подробнѣе о гистологій бугорка, наследственности, этиологій, предрасположенія, клиническихъ явленіяхъ и леченіи хирургической бугорчатки см. у Hildebrand'ta (Deutsche Chirurgie, Lief. 13, Stuttgart, 1900). Здѣсь же можно найти и обстоятельный перечень литературы вопроса.



Специфическій яд можетъ проникнуть во все тѣ мѣста организма, гдѣ существуетъ сообщеніе съ внѣшнимъ міромъ, — все равно, будетъ-ли это сообщеніе естественнымъ, или пріобрѣтеннымъ послѣ поврежденія. Мѣстомъ, чрезъ которое можетъ проникнуть бугорчатая зараза, являются, обычно, кожа, дыхательные пути, пищеварительные пути и мочеполовой аппаратъ, какъ у мужчинъ, такъ и у женщинъ. При этомъ слѣдуетъ отмѣтить то обстоятельство, что мѣстное пораженіе не должно непременно возникать на самомъ мѣстѣ проникновенія бактерій, такъ какъ онѣ могутъ пройти нѣкоторое пространство по слизистой оболочкѣ, прежде чѣмъ вызовутъ инфекцію. Органами, гдѣ чаще всего отлагаются бациллы, являются, по изслѣдованіямъ патолого-анатомовъ, перибронхіальныя лимфатическія железы, а также миндалины. Здѣсь бугорчатка можетъ долгое время оставаться въ скрытомъ состояніи, пока, благодаря какому-нибудь внѣшнему толчку, зараза не будетъ отсюда перенесена, по кровеноснымъ или лимфатическимъ путямъ, въ другую, менѣе устойчивую систему органовъ, гдѣ и развиваются явленія мѣстнаго туберкулеза.

Анатомическими изысканіями новѣйшаго времени значеніе мѣстнаго туберкулеза лимфатическихъ железъ было выдвинуто на передній планъ, и вмѣстѣ съ тѣмъ, установленны были нѣкоторые опорные пункты относительно значія мѣстъ видѣнія бугорчатки. Мы не можемъ болѣе игнорировать того твердо установленнаго факта, что перибронхіальныя лимфатическія железы являются самымъ частымъ (90%) притомъ зачастую единственнымъ мѣстомъ локализациі бугорчатки. При этомъ, повидимому, слѣдуетъ обратить особенное вниманіе на то обстоятельство, что совершенно иное надо сказать о железахъ *mediastini postici*, при заболѣваніи которыхъ должно прежде всего подумывать о восходящемъ процессѣ со стороны брыжжечныхъ и забрюшинныхъ железъ. Тщательныя изысканія показали, далѣе, что въ этихъ случаяхъ соответствующія легкія гораздо чаще представляютъ туберкулезныя измѣненія, чѣмъ это думали раньше (Ribbert). Отсюда вытекаютъ новыя доказательства въ пользу справедливости стараго воззрѣнія, что бугорчатка чаще всего проникаетъ въ организмъ чрезъ дыхательные пути.

И для туберкулеза половыхъ органовъ сохранять свою силу понятіе о «скрытомъ туберкулезѣ», такъ какъ опытъ показывалъ, что часто какъ разъ послѣ травмы, — въ особенности послѣ травмы при родахъ, — дѣло доходить до удивительно быстрого развитія общаго туберкулеза. Это можно объяснить только тѣмъ, что бактеріи, находящіяся въ половыхъ органахъ въ скрытомъ состояніи и нисколько не потерявшія своей вирулентности, находятъ вдругъ путь, по которому онѣ проникаютъ во все части организма. Baumgarten идетъ такъ далеко, что объясняетъ «скрытымъ туберкулезомъ» и наследственность бугорчатки. Онъ отвергаетъ предрасположеніе, не представляющее собою ничего осязательнаго, и полагаетъ, что возбудители инфекціи, будучи переданы по наследству, сохраняются въ молодомъ организмѣ въ скрытомъ состояніи до тѣхъ поръ, пока не наступитъ благоприятный моментъ, когда они смогутъ проявить свою дѣятельность (золотушные страданія железъ и суставовъ, какъ начальныя симптомы наследственной бугорчатки).

Кромѣ тѣхъ случаевъ, гдѣ общій туберкулезъ брюшины захватываетъ также и брюшину, покрывающую внутренніе половые органы, туберкулезъ половыхъ органовъ локализируется всегда первоначально на слизистыхъ оболочкахъ. Здѣсь мы встрѣчаемъ всѣ типическія формы бугорчатки, извѣстныя патолого-анатомамъ, т. е., слѣдовательно: милиарную бугорчатку, казеозную, инфильтрирующую форму, при которой путемъ слиянія менѣе значительныхъ фокусовъ образуются объемистыя массы, и диффузную, индуративную форму, отличающуюся главнымъ образомъ разрастаніемъ соединительной ткани и образованіемъ фиброзныхъ мозолей.

Въ большинствѣ случаевъ туберкулезный процессъ не можетъ быть распознанъ на препаратѣ макроскопически. Не только характерныя милиарныя узелки, но и болѣе значительныя узлы, а равно и сыровидные продукты распада могутъ отсутствовать, и туберкулезныя измѣненія могутъ производить лишь впечатлѣніе какого-либо изъ столь частыхъ воспалительныхъ пораженій слизистой оболочки половыхъ органовъ. Въ такихъ случаяхъ вопросъ можетъ быть рѣшенъ только путемъ микроскопическаго изслѣдованія, для чего нужно полное знакомство съ нѣскольکو измѣнчивой картиной, каковую могутъ представлять туберкулезныя измѣненія тканей<sup>1)</sup>.

Именно въ дифференціально-диагностическомъ отношеніи слѣдуетъ обратить особенное вниманіе на то обстоятельство, что лишь центральный некрозъ (сыровидный распадъ) соответствующихъ фокусовъ и положительный результатъ изслѣдованія пораженныхъ тканей на Ко с Н'овскія палочки являются несомнѣнными признаками бугорчатки. Что же касается тѣхъ туберкулезныхъ образованийъ, которыя являются характерными для такъ называемыхъ туберкулезныхъ опухолей, — гигантоклеточковыхъ бугорковъ, то, при быстромъ развитіи туберкулеза (которое особенно имѣетъ мѣсто при вторичныхъ пораженіяхъ), длѣю обыкновенно до нихъ не доходитъ. Въ большинствѣ случаевъ имѣются лишь ограниченныя скопленія лейкоцитовъ, одно присутствіе которыхъ нѣсколько не даетъ права на положительныя заключенія.

Въ этихъ случаяхъ выдвигается на первый планъ способность бугорчатой палочки вызывать воспаленіе и нагноеніе, каковая способность ея является общепризнанною съ патолого-анатомической стороны для извѣстныхъ формъ мени гита, гдѣ микроскопъ не открываетъ никакихъ бугорковъ. Что касается гигантскихъ клетокъ въ гистологическихъ препаратахъ, то онѣ всегда имѣютъ значеніе въ диагностикѣ туберкулеза, если только другіе этиологическіе моменты (заживленіе раны, образованіе грануляцій, раздраженіе со стороны инороднаго тѣла, саркома и т. п.), которыми можно объяснить ихъ наличность, могутъ быть исключены. Такъ какъ, при этомъ, въ безспорно бугорчатыхъ продуктахъ были находимы разнообразнѣйшія формы гигантскихъ клетокъ, то для диагностики туберкулеза вовсе не требуется непременно присутствіе L a n g h a n s'овскихъ гигантовъ, т. е. гигантовъ съ кольцевиднымъ расположеніемъ

1) Объ этомъ и вообще о патологіи бугорчатки см. тщательный трудъ O. P e r t i k 'a въ „Ergebnisse der allgem. Pathologie“ L u b a r s c h 'a и O s t e r t a g 'a (VIII Jahrg., 2 Abth., 1901).

ядеръ. Присутствія одной или нѣсколькихъ гигантскихъ кѣлокъ, окруженныхъ эпителиальными элементами, бываетъ достаточно для цѣлей распознаванія (Schottlaender).

Вездѣ, гдѣ распространяется бугорчатый процессъ, дѣло доходитъ до некротическаго распада фокусовъ и тканей, заключающихъ въ себѣ инфицирующіе зародыши. Въ настоящее время эту склонность пораженныхъ бугорчаткою частей въ некрозу объясняютъ не только отсутствіемъ въ бугорчатыхъ фокусахъ сосудовъ, но и дѣйствіемъ бугорчаткаго яда. Некрозъ наступаетъ и послѣ введенія въ ткани мертвыхъ бациллъ, а также послѣ введенія Behring'овскаго туберкулезнаго яда. Если органъ полый, то отторженіе некротизированныхъ кусковъ тканей ведетъ къ накопленію сыровидныхъ массъ въ его просвѣтѣ. Въ казеозномъ детритѣ характерныя бациллы могутъ часто находиться въ громадномъ количествѣ, но, съ другой стороны, отсутствіе ихъ въ этомъ распадѣ нисколько не даетъ намъ права отрицать бугорчатку. Въ этомъ отношеніи можетъ быть проведена извѣстная аналогія между бугорчатой палочкой и возбудителемъ сифилиса, *spirochaete pallida*, которая была найдена во всѣхъ продуктахъ сифилитическаго зараженія — въ первичной язвѣ, вторичныхъ высыпяхъ и при наследственномъ сифилисѣ, въ типичныхъ же гуммахъ до сихъ поръ не была находима.

Характернымъ клиническимъ признакомъ этого стойкаго заболѣванія является устойчивость его противъ всѣхъ терапевтическихъ мѣръ и склонность къ рецидивамъ. Допускаютъ, что туберкулезъ половыхъ частей, подобно бугорчаткѣ другихъ органовъ, можетъ излечиваться самопроизвольно путемъ обызвествленія, омѣлненія и рубцеванія. Однако вполне убѣдительныхъ въ этомъ отношеніи препаратовъ не описано, да и вообще они наблюдаются лишь очень рѣдко. Съ другой стороны, на всякое туберкулезное пораженіе, а, стало-быть, и на бугорчатку половыхъ органовъ, слѣдуетъ смотрѣть, какъ на процессъ, который можетъ иногда сдѣлаться крайне опаснымъ, если въ организмѣ ясно выраженная тенденція къ его генерализаціи. Этотъ фактъ долженъ руководить нашими терапевтическими мѣрпріятіями. Клиническая доброкачественность однихъ случаевъ и злокачественность другихъ заставляетъ при бугорчаткѣ интензивность заразнаго процесса весьма измѣнчивою. Можетъ быть, это разнообразіе картинъ и способовъ теченія туберкулеза объясняется различною степенью вирулентности зародышей, которые вызываютъ эти разнообразныя картины и способы теченія процесса. Быть можетъ, однако, здѣсь играютъ роль различныя категоріи и виды зародышей («типы», по выраженію французскихъ излѣдователей на Международномъ Конгрессѣ по бугорчаткѣ въ Парижѣ). За это говорить, между прочимъ, повторно наблюдавшіяся заболѣванія людей типичною бугорчаткою рогатаго скота и куръ, каковыя заболѣванія должны естественно проявляться въ иныхъ формахъ и способахъ теченія.

Бугорчатое пораженіе полового аппарата бываетъ или частичнымъ проявленіемъ общаго милиарнаго туберкулеза, и тогда, по сравненію съ общимъ страданіемъ, оно клинически отстываетъ на задній планъ; или же бугорчатка половыхъ частей

является дѣйствительно мѣстнымъ процессомъ, болѣе или менѣе бросающимся въ глаза, благодаря измѣненіямъ, которыя, въ свою очередь, могутъ быть раздѣлены на первичныя и вторичныя.

При первичномъ туберкулезѣ половыя части должны быть поражены первыми, притомъ заболѣваніе должно ограничиваться лишь ими одними. Въ настоящее время, однако, указанную разницу между первичной и вторичной бугорчаткой лучше совершенно оставить, такъ какъ, во-первыхъ, едва-ли возможно въ какомъ случаѣ съ абсолютною точностью установить наличность тѣхъ условій, которыя необходимы, чтобы признать заболѣваніе первичнымъ, а во-вторыхъ, и понятіе о вторичномъ туберкулезѣ является теперь еще недостаточно установленнымъ, ибо, по современнымъ воззрѣніямъ патолого-анатомовъ, многія изъ т. наз. вторичныхъ бугорчатыхъ пораженій на самомъ дѣлѣ представляютъ собою результатъ новаго зараженія. Такъ, напр., бациллы, вводимыя съ пищею, могутъ совершенно такъ же, какъ и бациллы, содержащіяся въ мокротѣ, вызвать бугорчатку кишечнаго тракта. Отсюда въ ученіи о бугорчаткѣ, какъ и въ ученіи объ одуоляхъ, выкристаллизовалось понятіе о метастатическомъ, — эмбологенномъ и лимфогенномъ, — туберкулезѣ, какъ о вторичномъ. Къ этому слѣдуетъ добавить данныя, добытыя Veitzke, что и нисходящій туберкулезъ, исходнымъ пунктомъ котораго являются миндалины, и восходящій туберкулезъ бронхиальныхъ железъ могутъ существовать одновременно. При этомъ ихъ интензивность, по мѣрѣ удаленія отъ исходнаго пункта, обычно убываетъ, но, при далеко зашедшемъ заболѣваніи, они могутъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ сливаться между собою и этимъ подавать поводъ къ заблужденіямъ касательно исходнаго пункта. Тѣмъ не менѣе нѣкоторыя экспериментальныя и клиническія наблюденія (послѣднія, надо замѣтить, не вполне доказательныя, на что обыкновенно обращаютъ недостаточно вниманія) заставляютъ насъ допустить, что половыя части могутъ первоначально и притомъ изолированно заболѣть бугорчаткой путемъ экзогенной инфекціи. Заразное начало можетъ, при этомъ, быть внесено въ половой каналъ при половомъ сношеніи, при родахъ или чрезъ посредство соприкасающихся съ половыми частями предметовъ, особенно пальцевъ — какъ другихъ лицъ, такъ и самой больной. Этимъ путемъ бугорчатые отдѣленія и выдѣленія могутъ быть переносимы въ половой каналъ, что будетъ равнозначимымъ вторичной инфекціи. Вообще будетъ целесообразно различать, среди путей зараженія, путь эндогенный и путь экзогенный.

Лишь данныя посмертнаго вскрытія могутъ съ полною точностью установить эту разницу. При этомъ вскрытіе должно быть производимо съ величайшею внимательностью. — иначе даже опытный глазъ можетъ просмотрѣть небольшіе, скрыто сидящіе фокусы. При такомъ тщательномъ производствѣ вскрытій процентъ существованія туберкулезныхъ фокусовъ въ организмѣ значительно возрастаетъ, — до 97%, по Nägeli. Большое значеніе для выясненія вопроса о частотѣ первичнаго туберкулеза въ половой сферѣ имѣетъ также, повидимому, недавно установленный тѣмъ же авторомъ фактъ, что части органовъ, железы и оплотнѣлыя гнѣзда, гдѣ бугорчатый процессъ кажется подвергшимся обратному

развитію, могутъ, однако, служить исходными пунктами новыхъ вспышекъ бугорчатки (Aman). Слѣдуетъ отмѣтить, далѣе, что величина, протяженіе и наклонность къ распространенію туберкулезныхъ гнѣздъ, при малыхъ, сыровидно измененныхъ и омѣлѣвшихъ бронхіальныхъ железахъ, еще не служатъ доказательствомъ того, что эти гнѣзда суть первичные очаги бугорчатки.

Сопоставляя всѣ эти данныя, мы можемъ понять, почему многие изъ патолого-анатомовъ (Albrecht, Baumgarten, Bollinger, Klebs, Orth, Ribbert, Schmaus, Weigert, Ziegler и др.) совершенно отрицаютъ возможность первичной бугорчатки женскихъ половыхъ частей. Равнымъ образомъ и Aman въ своемъ рефератѣ ставитъ положеніе, что почти всѣ случаи туберкулеза половой сферы представляютъ собою результатъ вторичной инфекціи, такъ какъ даже болѣе тщательно наблюдавшіеся случаи первичной бугорчатки, по современнымъ воззрѣніямъ, являются неполнѣй безупречными. Клиническихъ доказательствъ въ пользу первичнаго туберкулеза не существуетъ.

Первичная бугорчатка, надо полагать, можетъ возникнуть путемъ инфекціи отъ соприкосновенія или путемъ первичной прививки (экзогенная инфекція), въ частности, 1) посредствомъ зараженія при половомъ сношеніи (Cohnheim, Verneuil, Verchère, Derville, Fernet, Cornet, Schuchardt, Hegar и др.); 2) посредствомъ инфекціи при родахъ и послѣ нихъ; 3) посредствомъ зараженія различными способами — при гинекологическомъ изслѣдованіи (пальцы, инструменты, катетеры), при очищеніи половыхъ частей (губки, бѣлье, вода для купанія, ирригаторы и др.), при операціяхъ и, наконецъ, при мастурбаціи.

Вторичный туберкулезъ можетъ развиваться или *per contiguitatem*, или *per continuitatem*, а именно: 1) туберкулезный процессъ можетъ перейти на половыя части съ сосѣднихъ органовъ (брюшина, кишки, пузыри); 2) переносъ инфекціи можетъ произойти черезъ кровеносную систему (гематогенная, метастатическая инфекція, эмболическій туберкулезъ) изъ другихъ первичныхъ фокусовъ; 3) вторичная бугорчатка можетъ развиваться путемъ перенесенія туберкулезныхъ секретовъ и экскретовъ субъекта, у котораго инфекція первично локализовалась въ другихъ органахъ (мокрота, испраженія и пр.). Инфицирующій матеріалъ заносится при этомъ извнѣ во влагалище (Pozzi).

Поразительная частота одновременнаго пораженія туберкулезомъ брюшины и трубы повела къ тому взгляду, что въ значительномъ числѣ случаевъ половыя органы инфицируются вторично отъ первично заболѣвшей брюшины. Съ другой стороны, однако, не подлежитъ никакому сомнѣнію, что, если трубы будутъ поражены бугорчаткой раньше, то процессъ легко можетъ перейти на брюшину. Наконецъ, случаи, гдѣ бугорчаткою оказываются пораженными рукавъ и влагалищная часть, тѣло же матки и трубы остаются здоровы. — говорятъ въ пользу занесенія заразы снаружи, особенно *per coitum* (ауто- или гетероинфекція), если только въ этихъ случаяхъ не имѣетъ мѣста метастатическая форма.

Итакъ пути туберкулезной инфекціи весьма разнообразны:

- 1) гематогенная или лимфатическая инфекція изъ существовавшихъ ранѣе очаговъ;
- 2) непосредственный переходъ процесса на здоровый органъ съ сосѣднихъ пораженныхъ органовъ;
- 3) раневая инфекція (роды, травмы, операціи, изслѣдованіе и т. п.);
- 4) coitus;
- 5) туберкулезныя выдѣленія.

Разъ бугорчатка поразила въ какомъ-либо мѣстѣ половые органы, то она можетъ далѣе нисходить и восходить по слизистой оболочкѣ, т. е., стало быть, распространяться *per continuitatem* (Hegar). Гораздо болѣе частой является, повидимому, первая изъ этихъ формъ; это зависитъ оттого, что, при болышей частотѣ первичной локализаціи въ трубахъ, вытекающимъ изъ послѣднихъ секретомъ можетъ инфицироваться *mucosa* матки. Такой же нисходящій путь можетъ принять процессъ и тогда, когда отъ заболѣвшей брюшины инфицируются сначала трубы, затѣмъ матка, а иногда и нижніе отдѣлы полового тракта (Ziegler).

Среди моментовъ, особенно предрасполагающихъ къ заболѣванію бугорчаткой полового аппарата, имѣютъ значеніе:

а) дистрофическія явленія, гипопластическія состоянія, пороки развитія и хлорозъ (W. A. Freund, Hegar, Alterthum, Sellheim, Amann, Landouzy, Fournier); Merletti на 80 случаевъ гипоплазиі въ 24 пангелъ бугорчатку половыхъ частей; эта гипоплазія половой сферы является необходимымъ послѣдствіемъ сердечно-сосудистой гипоплазиі, и застой секретовъ при ней легко ведетъ къ воспаленію (Amann).

б) предшествующая гонорройная или сифилитическая инфекція (Hegar, Schuchardt, Williams, Saulmann, Krzywicki, Menge);

в) пурперальное состояніе, создающее особенно благоприятную почву для развитія проникнувшихъ въ половыя части возбудителей инфекціи.

Что касается частоты туберкулеза половыхъ частей, то въ литературѣ, — между прочимъ и въ нѣмецкой, имѣется очень большое число статистическихъ данныхъ, на основаніи которыхъ можно вывести заключенія: 1) о частотѣ полового туберкулеза у мужчинъ и у женщинъ, 2) о порядкѣ, въ которомъ слѣдуютъ различные отдѣлы полового тракта по отношенію къ частотѣ пораженія бугорчаткой, и, наконецъ, 3) о числовомъ соотношеніи случаевъ первичнаго и вторичнаго туберкулеза половыхъ частей.

Отношеніе частоты бугорчатки половыхъ органовъ у мужчинъ и женщинъ. — Частота бугорчатки полового прибора у мужчинъ, погибшихъ отъ легочной чахотки, колеблется между 2% и 3% (Reclus, Sommelier). Что касается аналогичнаго заболѣванія у женщинъ, то, между тѣмъ какъ большинство старыхъ авторовъ, съ Winckel'em во главѣ, опредѣляютъ частоту его при вскрытіяхъ женщинъ, погибшихъ отъ чахотки, въ 1%, а Schramm на 3,366 вскрытіяхъ нашелъ туберкулезъ половой сферы только въ 37 случаяхъ, — у авторовъ болѣе новаго времени это процентное отношеніе значительно увеличивается. Такъ, Williams, на основаніи болѣе подробныхъ изслѣдованій, требуетъ, чтобы указанное выше число было повышено до 8,5%, Stolper, основываясь на 34 вскрытіяхъ туберкулезныхъ больныхъ, опредѣляетъ этотъ процентъ въ 20,5%, Turner — въ 18%, а Rosner — даже въ 30%. Наблюденія, сдѣланныя при оперативныхъ вмѣшательствахъ, совпадаютъ съ вышеуказанными дан-

ными въ томъ отношеніи, что и здѣсь число, опредѣляющее частоту туберкулезнаго пораженія половыхъ органовъ, колебавшееся раньше между 1,5 ‰ и 4 ‰, въ послѣднее время также повысилось, — по Williams'у до 7,7 ‰.

Между обоими полами въ отношеніи пораженія бугорчаткой половыхъ органовъ существуетъ то различіе, что у женщинъ чаще встрѣчается изолированный половой туберкулезъ, а у мужчинъ — комбинированный туберкулезъ половыхъ и мочевыхъ органовъ. Такъ, Orpenheim опредѣляетъ частоту перваго у мужчинъ въ 13,5 ‰, а у женщинъ въ 69,5 ‰, частоту же втораго — у мужчинъ въ 59,5 ‰, у женщинъ въ 21,7 ‰. Полученныя при вскрытіяхъ данныя Kliepenberg'а позволяютъ исключить соотвѣтствіе между патологическими измѣненіями въ мочевой и половой сферахъ, особенно у дѣтей. Выраженіе „бугорчатка мочеполовой системы“ по отношенію къ женщинамъ лучше совершенно изгнать изъ употребленія и смотрѣть на заболѣванія, съ одной стороны, мочевыхъ органовъ, а съ другой — половыхъ, какъ на совершенно самостоятельныя (Atapn). Бугорчатка мочевыхъ путей, какъ и бугорчатка половыхъ органовъ, возникаетъ обычно путемъ переноса заразы по кровеноснымъ путямъ, т. е. въ большинствѣ случаевъ вторично. Зачастую она появляется въ конечной стадіи бугорчатки легкихъ (Pössner, Senator). Восходящее теченіе процесса отъ уретры является въ высшей степени невѣроятнымъ. Распространеніе заболѣванія почти всегда идетъ отъ первоначально заболѣвшихъ почекъ (Ziegler). Зараженіе вульвы стекающею мочою также принимается въ настоящее время не съ такою увѣренностью, какъ прежде.

По частотѣ локализациі туберкулеза въ различныхъ отдѣлахъ полового аппарата первое мѣсто занимаютъ трубы, которыя почти всегда заболѣваютъ одновременно обѣ. Въ общемъ частота эта опредѣляется слѣдующими цифрами, совпадающими у большинства изслѣдователей:

Изслѣдователь.	Число случаевъ.	Трубы.	Яичники.	Матка.	Влагалище и вульва.	Шейка.
Mosler . . . . .	47	34	7	—	3	—
Späth . . . . .	119	103	15	10	9	—
Heiberg . . . . .	13	10	4	7	—	—
Krzywicki . . . . .	14	11	—	—	—	—
W. Meyer . . . . .	67	57	14	47	4	11
Stolper . . . . .	7	7	2	3	0	0

Въ цѣломъ рядѣ описанныхъ случаевъ наблюдалось одновременное пораженіе всѣхъ отдѣловъ полового аппарата (Scanzoni, Geil, Frerichs, Haidenthaler, Kretz, Machenrodt, Voigt и др.). Въ отдѣльныхъ случаяхъ (Heiberg, Kretz, Gusserow, Lehnerdt, Thompson) бугорчатка измѣненія встрѣчалась одновременно съ гинатрезіями.

Что касается отношенія между первичнымъ и вторичнымъ половымъ туберкулезомъ, то статистика производитъ впечатлѣніе, что, съ увеличеніемъ числа наблюденій, первичный туберкулезъ выступаетъ все больше и больше на первый планъ. Такъ, изъ 15 наблюденій Frerichs опредѣляетъ процентное число первичнаго туберкулеза равнымъ 6 ‰, Mosler на 46 случаевъ 19,5 ‰, Späth на 119 случаевъ — 27,5 ‰. Heiberg изъ 84 случаевъ, среди которыхъ 35 произошло на женщинъ, нашелъ первичный туберкулезъ въ 29 случаяхъ, а вторичный въ 55, въ томъ числѣ первый имѣлъ мѣсто у 16 мужчинъ и 13 женщинъ; среди послѣднихъ 5 имѣли изолированныя пораженія половыхъ частей, 5 — комбинированный туберкулезъ мочеполовой системы, а 3 — изолированный туберкулезъ мочевого пузыря. Orthenapn на 155 случаевъ опредѣляетъ первичный туберкулезъ въ 18 ‰.

Какъ, однако, сейчасъ было упомянуто, эти числа въ настоящее время не могутъ быть признаны вполне соотвѣтствующимъ дѣйствительности (Atapn). Прежде всего отсюда надо исключить всѣ тѣ случаи, гдѣ діагнозъ былъ поставленъ при жизни, затѣмъ — тѣ, гдѣ не было произведено тщательнаго вскрытія. Наблюденія послѣдняго времени, особенно наблюденія Nägeli, показываютъ, что старыя туберкулезныя гнѣзда чрезвычайно легко могутъ быть просмотрѣны. Въ

виду этого даже данныя, основанныя на посмертномъ изслѣдованіи, должны быть принимаемы съ осторожностью.

Вышеуказанныя числа являются неподходящими для дѣтскаго возраста, такъ какъ, несмотря на частоту туберкулезнаго пораженія другихъ органовъ и на большую смертность дѣтей отъ бугорчатки, половые органы въ дѣтскомъ возрастѣ заболѣваютъ туберкулезомъ весьма рѣдко, а если заболѣваютъ, то въ большинствѣ случаевъ заболѣваніе ограничивается вульвою и влагалищемъ. Аналогичная рѣдкость бугорчатки полового аппарата установлена и для старческаго возраста. Но, во всякомъ случаѣ, половой туберкулезъ наблюдался и въ очень ранніе годы (у 10-недѣльной дѣвочки въ случаѣ Brocardel'я), и въ глубокой старости (у 83-лѣтней старухи въ случаѣ Krzywick'аго).

Бугорчатка брюшины, въ общемъ, не составляетъ рѣдкаго пораженія (Philippс въ Геттингенѣ на 2.230 вскрытій нашелъ ее въ 4<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Münstermann въ Мюнхенѣ на 2.837 — въ 1,6<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, Murphy на 13.422 — въ 284 случаяхъ). Ebstein даетъ наглядную таблицу для опредѣленія исходнаго очага зараженія; по его вычисленіямъ, на дѣйствительный мѣстный первичный туберкулезъ брюшины приходится только 4,3<sup>0</sup>/<sub>0</sub> (Borschke на 226 случаевъ встрѣтилъ его лишь 2 раза); въ 81,8<sup>0</sup>/<sub>0</sub> это пораженіе сочеталось съ бугорчаткой легкихъ. По даннымъ хирурговъ, которые основываютъ свои выводы преимущественно на наблюденіяхъ надъ женщинами, здѣсь главную роль въ качествѣ этиологическаго фактора играетъ половой туберкулезъ (Döbellein, доказательный случай Sirell'я). Впрочемъ, данныя эти не могутъ быть признаны соотвѣствующими современнымъ взглядамъ. Вопросъ о численномъ перевѣсѣ мужскаго или женскаго пола рѣшается крайне различно: хирурги опредѣляютъ относительную частоту бугорчатки брюшины у мужчинъ и женщинъ, какъ 36 : 350, а патолого-анатомы — какъ 122 : 31. Это, вѣроятно, объясняется тѣмъ, что какъ разъ больныя женщины чаще подвергаются хирургическому лечению. Больше всего заболѣваютъ бугорчаткой брюшины дѣти и молодые субъекты (4—7 и 13—15 лѣтъ). Faludi, на основаніи секціоннаго матеріала, опредѣляетъ частоту бугорчатки брюшины у погибшихъ отъ туберкулеза дѣтей въ 20<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

## II. Экспериментальныя данныя.

Кромѣ многочисленныхъ экспериментальныхъ трудовъ, посвященныхъ, съ одной стороны, заразительности туберкулеза вообще, а съ другой гистогенезу туберкулеза, существуетъ еще немалое число работъ, посвященныхъ полученію полового туберкулеза экспериментальнымъ путемъ. Первые опыты въ этомъ направленіи принадлежатъ Conheim'у и Salomonsen'у, изъ числа болѣе позднихъ работъ слѣдуетъ особенно отмѣнить работы Arnold'a, Ziegler'a<sup>1)</sup>, Orth'a и Baumgarten'a, которыя привели къ тому результату, что измѣненія, вызываемыя въ тканяхъ проникновеніемъ бугорчатыхъ бациллъ, прежде всего сводятся къ пролиферации постоянныхъ кѣлокъ (соединительно-тканная и эпителиальная кѣтки), къ которой уже впоследствии присоединяется выходъ изъ сосудовъ безцвѣтныхъ кровяныхъ тѣлецъ, зависящее отъ вліянія заразнаго начала на стѣнки сосудовъ.

Спеціальныя экспериментальныя труды, посвященные изученію полового туберкулеза, могутъ быть раздѣлены на нѣсколько отдѣльныхъ группъ.

1) Къ первой группѣ принадлежатъ тѣ изслѣдованія, авторы которыхъ желали установить, могутъ-ли чистыя культуры туберкулезныхъ палочекъ, введенныя во влагалище или въ маточныя рога,

1) Новѣйшіе взгляды на первичное дѣйствіе бугорчатыхъ палочекъ изложены F. Wechsbergomъ въ Ziegler's Beiträge, 1901, Bd. XIX; тамъ же собрано все опубликованное по этому вопросу.



вызвать туберкулезную инфекцию безъ поврежденія слизистой оболочки, или же только послѣ предварительнаго ея поврежденія. Результаты этихъ трудовъ не согласуются между собою: по заявленію однихъ изслѣдователей, для прививки инфекціоннаго начала необходимо, какъ апріорное условіе, поврежденіе слизистой оболочки, особенно, если дѣло касается влажныхъ стѣнокъ, Согніі же и Доброклонскій получили при своихъ опытахъ положительные результаты, хотя избѣгали всякаго, даже самаго незначительнаго поврежденія слизистой оболочки полового тракта.

Болѣе согласуются между собою сообщенія объ эффектѣ введенія туберкулезныхъ бациллъ въ рога матки. Хотя здѣсь цѣлость слизистой оболочки матки и сохранилась, однако почти всего образовались туберкулезные очаги. Сосѣднія ретроперитонеальные лимфатическія железы оказывались почти всегда быстро пораженными бугорчаткой (M. Gogowitz).

2) Въ другой серіи опытовъ авторы хотѣли убѣдиться, можно ли констатировать экспериментально восходящее теченіе бугорчатого процесса. Отдѣльныя попытки, произведенныя въ этомъ направленіи, дали положительный результатъ.

3) Третья серія работъ (Assonci, Schottländer) выяснила, что бугорчатый оофоритъ можетъ быть вызванъ у животныхъ искусственнымъ путемъ, причемъ получающееся одновременно мелкокистозное перерожденіе и развитіе соединительной ткани петлюковывалось въ смыслѣ наклонности процесса къ быстрому излеченію.

4) Слѣдующій рядъ опытовъ имѣлъ своею цѣлью установить, можетъ-ли сѣмя чахоточныхъ вызвать туберкулезное пораженіе у животныхъ, притомъ и тогда, когда половыя части больного кажутся клинически здоровыми. Исходной точкой для этихъ трудовъ послужило открытіе Curt'a Jani, которому удалось доказать существованіе отдѣльныхъ туберкулезныхъ палочекъ въ сѣмени чахоточныхъ, имѣвшихъ, повидимому, здоровые genitalia. Сюда же относятся опыты Siren'a, Pernice, Landouzy, Spano и Maffucci, изъ которыхъ послѣдній получилъ аналогичные результаты путемъ инъекцій чистыхъ культуръ въ vena saphena. Ничтожное число бациллъ, которыя были найдены въ сѣмени туберкулезныхъ мужчинъ, заставили признать возможность зараженія женщинъ бугорчаткою при сношеніи весьма сомнительною.

5) Наконецъ, нужно еще упомянуть о тѣхъ опытахъ, которые имѣли своимъ предметомъ настѣдственный туберкулезъ, именно, плодую и плацентарную инфекцію. Изъ этихъ трудовъ особенно выдаются какъ числомъ опытовъ, ихъ постановкой и широтою, такъ и результатами работы Gärtner'a, принадлежащая къ самымъ интереснымъ въ данной области. Эти опыты доказываютъ, кромѣ весьма важнаго факта — возможности перехода туберкулезныхъ бактерій отъ матери къ плоду, еще не только возможность передачи туберкулезной инфекціи при половомъ сношеніи, но и частоту подобнаго рода зараженія <sup>1)</sup>.

1) Различныя животныя относятся къ туберкулезной инфекціи весьма различно. Одни, повидимому, обладаютъ иммунитетомъ, а другія — предрасположеніемъ. Къ послѣдней категоріи принадлежать прежде всего морскія свинки, которыя и являются поэтому лучшими объектами для опытовъ.

Опыты Baumgarten'a относительно туберкулеза мочеполовыхъ органовъ показали, что восходящаго распространения процесса съ уретры и пузыря на мочеточники и почки не бываетъ. Фактъ этотъ совпадаетъ съ тѣмъ правиломъ, имѣющимъ силу для всѣхъ подобныхъ опытовъ, что палочки бугорчатки, въ противоположность гноероднымъ коккамъ и гонококкамъ, никогда не распространяются ни противъ тока крови и лимфы, ни противъ тока стекающихъ секретовъ (Ziegler) <sup>1)</sup>.

Вопросъ, о томъ, развивается-ли бугорчатый процессъ въ женской половой сферѣ восходящимъ, или нисходящимъ путемъ, является еще не рѣшеннымъ на основаніи опытовъ на животныхъ. Въ этомъ отношеніи существуютъ два диаметрально противоположныхъ мнѣнія.

По Baumgarten'у, который вмѣстѣ съ Basso распространилъ свои опыты съ возбудителемъ жемчужной болѣзни (typus bovinus) на женскій половой трактъ, распространение бугорчатки здѣсь связано съ опредѣленнымъ направлениемъ и опредѣленными анатомическими границами такъ же, какъ это экспериментально доказано относительно мужскихъ половыхъ частей. Какъ у мужчинъ процессъ распространяется въ направленіи тока сѣмени, такъ внутри женскаго полового канала онъ идетъ въ направленіи стока секретовъ, т. е. въ нисходящемъ направленіи съ абдоминальныхъ концовъ трубъ до верхнихъ отдѣловъ рукава.

По изслѣдованіямъ Jung'a и Veneske, напротивъ, микробы, занесенные въ нижніе отдѣлы полового канала, могутъ подниматься вверхъ, вызывая бугорчатые измѣненія стѣнокъ въ восходящемъ порядкѣ. Baumgarten возражаетъ противъ опытовъ Jung'a и Veneske, что при нихъ имѣла мѣсто задержка отдѣлимаго стѣнокъ полового канала, чѣмъ и объясняются полученные этими авторами результаты: однако послѣдніе считаютъ это возраженіе для цѣлаго ряда ихъ опытовъ несправедливымъ.

### III. Патологическая анатомія.

#### 1. Трубы.

Почти въ каждомъ случаѣ женскаго полового туберкулеза оказываются заболѣвшими трубы, а въ 16% всѣхъ случаевъ послѣднія оказываются пораженными исключительно. Merletti на 172 точно изслѣдованныхъ случая бугорчатки половыхъ частей нашелъ поражение трубъ въ 157. Вслѣдствіе этого весьма умѣстно предположить, что стѣнки трубъ представляютъ собою весьма благопріятную почву для выѣдренія туберкулезныхъ бактерій, подобно тому, какъ это имѣетъ мѣсто по отношенію къ возбудителямъ другихъ инфекцій. Предрасполагающими моментами здѣсь являются: извилистая форма, благопріятныя условия для застоя секретовъ, наклонность бахромокъ къ склеиванію, а можетъ быть, также и способъ снабженія кровью.

1) Превосходные рефераты работъ, касающихся бугорчатки женскаго полового прибора, имѣются въ Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. и принадлежать Feis'y, Alterthum'y и Hartz'y.

Относясь строго критически, въ настоящее время все болѣе и болѣе приходятъ къ взгляду, въ свое время высказанному Klebs'омъ и Scanloni, что первичный туберкулезъ трубъ или вовсе не встрѣчается, или встрѣчается очень рѣдко. Собранные Orthmann'омъ случаи теперь не могутъ быть признаны вполне безспорными, какъ объ этомъ было уже сказано выше. При болѣе тщательномъ изслѣдованіи всѣхъ воспалительно измѣненныхъ трубъ число случаевъ пораженія ихъ туберкулезомъ должно еще увеличиться. Почти всегда заболѣваютъ одновременно обѣ трубы (на 33 случая — 29 разъ).



Рис. 284. Endo-mesosalpingitis tuberculosa. Поражена преимущественно слизистая оболочка. Миліарные и слившіеся бугорки, послѣдніе отчасти съ начавшимся осырѣніемъ. Небольшое число гигантовъ. Срѣзь сдѣланъ поперечно черезъ среднюю часть трубной воронки. Увеличеніе около 9. Больная, 23 л. дѣвушка, со здоровою наследственностью, въ 16-лѣтнемъ возрастѣ перенесла, повидимому, воспаление легкиихъ. За послѣдніе 1½ года дисменоррея, меноррагія, истерическія явленія; легкія свободны; матка въ retroflexio mobilis; опухоли придатковъ. Операция состояла въ удаленіи обѣихъ трубъ, превращенныхъ въ писальники, и резекціи праваго яичника (въ послѣднемъ бугорковъ не оказалось).

Основываясь на анатомическихъ измѣненіяхъ, различаютъ разныя формы бугорчатого сальпингита; такъ, напр., Williams отличаетъ слѣдующія формы: а) миліарный туберкулезъ, б) хроническій диффузный и с) хроническій фиброзный. Kleinhans, Martin и Werth рекомендуютъ различать:

а) острую форму, при которой наблюдаются: обильная круглоклѣтчатковая инфильтрація, отсутствіе или малое количество гигантовъ, быстрый некрозъ слизистой оболочки, обиліе бактерий, и

б) хроническій туберкулезъ, при которомъ слизистая оболочка сохраняется долго, наблюдается громадное опуханіе и раз-

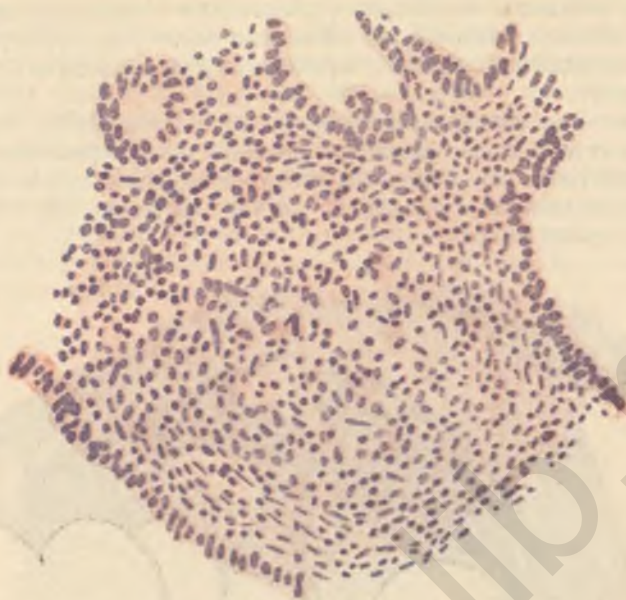


Рис. 285. Типичный эпителиоидный бугорокъ въ стромѣ трубной мукозы съ гигантскою кѣткою (мѣсто а на рис. 284, при увеличеніи около 200).

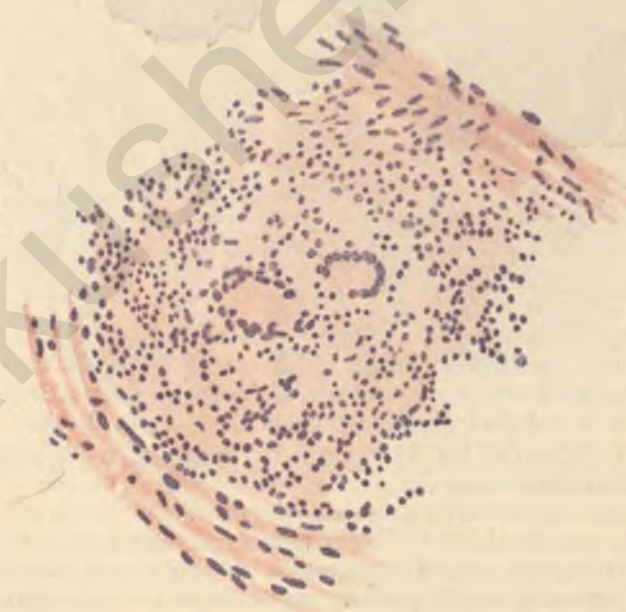


Рис. 286. Круглокѣточковый бугорокъ съ отдѣльными эпителиоидными кѣтками и большимъ гигантомъ съ сильно окрашенными ядрами. Направо отъ послѣдняго видно начинающееся образованіе гигантской кѣтки изъ атинуровавшагося, вросшаго въ мышечный слой эпителія слизистой оболочки.



ростаніе ея складокъ, встрѣчаются типическіе туберкулы, много гигантскихъ клѣтокъ, бактерій же нѣтъ или мало; мускулатура представляется инфильтрированной, просвѣтъ трубы наполненъ сыровидными массами.

Ни одно изъ этихъ подраздѣленій не основывается, однако, на какомъ-либо строго проведенномъ принципѣ классификаціи. Кромѣ того, подраздѣленія эти неполнѣ соответствуютъ нашимъ современнымъ представленіямъ и знаніямъ. Лучше группировать случаи туберкулезнаго сальпингита

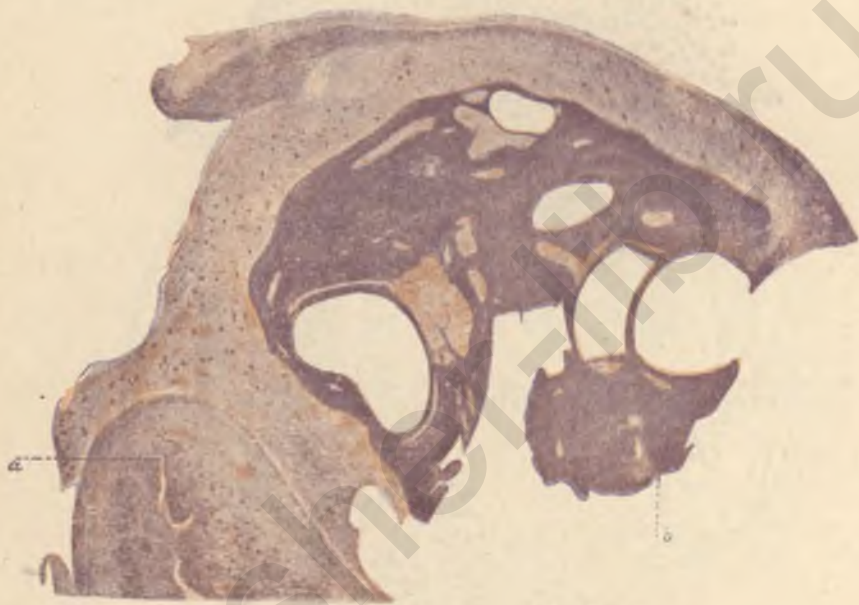


Рис. 287. Endo-meso-perisalpingitis purulenta caseosa. Perioophoritis tuberculosa. Разрѣзъ черезъ правыя придатки при увеличеніи 10:3. Больная 32 л. съ жалобами на мѣстныя боли, дисменоррею, постепенное исхуданіе. Матка въ retroflexio fixata, придатки съ обѣихъ сторонъ увеличены. Радикальная операція per abdomen. Асцитъ, разсѣянная бугорчатка брюшины, сильныя сращения газовыхъ органовъ между собою.

а) по гистологической картинѣ на 1) милиарную бугорчатку трубъ (начальная стадія) и 2) сливныя формы (дальнѣйшая стадія) съ нагноеніемъ и образованіемъ творожистаго распада; сюда же относится и изрѣдка встрѣчающаяся фиброзная форма;

б) по теченію на 1) острый бугорчатый и 2) хроническій бугорчатый сальпингитъ.

Такъ какъ бугорчатка представляетъ собою съ самаго начала хроническое заболѣваніе, — обстоятельство, котораго не мѣняегь возможность острыхъ стадій болѣзни, — то при этомъ кстати будетъ высказаться противъ зачастую еще практикуемаго дѣленія воспаленій, напр. эндометрита, на острыя микропаразитарныя и хроническія непаразитарныя формы.

Если желательно точно опредѣлить локализацию бугорчатого процесса въ стѣннкѣ трубы, то слѣдуетъ различать: а) эндосальпин-

гить, б) паренхиматозный сальпингитъ или мезосальпингитъ и в) перисальпингитъ. При этомъ, аналогично съ отношеніями, существующими при другихъ заболѣваніяхъ воспалительной resp. инфекціонной натуры, подъ эндосальпингитомъ разумѣютъ процессъ, ограничивающійся слизистой оболочкой, подъ паренхиматознымъ или интерстиціальнымъ сальпингитомъ — поражение мышечно-соединительнотканнаго слоя стѣнки, подъ перисальпингитомъ — бугорчатое поражение серознаго покрова трубъ. Чаще наблюдаются бугорчатые измѣненія въ трубной мукозѣ и брюшинѣ, причѣмъ туберкулезный перисальпингитъ представляетъ собою большую частію проявленіе общаго бугорчатаго перитонита.



Рис. 288. Endo-meso-perisalpingitis purulenta caseosa. Мѣсто а на рис. 287 при увеличеніи въ 75 разъ. Гнойно-инфильтрированная, съ казеознымъ распадомъ и гигантами, части слизистой оболочки. Кругомъ сохранившіяся и отпнуровавшіяся эпителиальныя трубки.

На фиброзную форму, описанную William'sомъ, слѣдовало-бы, пожалуй, смотрѣть, какъ на заболѣваніе, находящееся въ стадіи выздоровленія, какъ и вообще на разныя формы туберкулеза можно смотрѣть, какъ на различныя стадіи одного и того же процесса или на послѣдствія инфекціи различными типами бациллъ.

Въ начальныхъ стадіяхъ бугорчатки яйцепроводовъ имѣеть мѣсто лишь катаральное припуханіе слизистой ихъ оболочки, при-

чемъ это припуханіе, въ зависимости отъ того, имѣемъ-ли мы дѣло съ восходящимъ или нисходящимъ процессомъ, бываетъ выражено больше то въ маточномъ концѣ трубы, то въ абдоминальномъ. Тяжелыя формы даютъ картину сильно развитаго піосальпинкса<sup>1)</sup>. При этомъ труба можетъ достигнуть величины головы ребенка (Aran, Werth) и содержать до двухъ литровъ гноя (Stehmann). Menge изъ 70 случаевъ піосальпинкса могъ доказать наличие бугорчатки въ 7 (10<sup>0</sup>/о)<sup>2)</sup>. Въ промежуточныхъ стадіяхъ также имѣются измѣненія, которыя даютъ очень характерную картину. Впрочемъ ни форма, напоминающая собою вѣнокъ розъ, ни вздутія partis isthmicae (Negar), ни торпедо-образная форма трубы не могутъ служить вѣрными признаками трубной бугорчатки. При этой послѣдней большыя яйцепроводы могутъ представлять всѣ



Рис. 289. Типъ туберкулезной трубы (по Kleinhaus, въ Handbuch der Gynäkologie J. Veit'a). Вторичная инфекция, туберкулы, асцитъ, бугорчатка легкихъ, труба сильно извита, serosa усыяна бугорками, бахромки опухоли, стѣнка утолщена.

тѣ же разнообразныя измѣненія, какія наблюдаются при воспалительныхъ процессахъ въ трубахъ вообще.

Что касается возбудившихъ за послѣднее время общее вниманіе узловатыхъ утолщій перешейковой части трубъ, то здѣсь, повидимому, играютъ роль различныя этиологическія моменты, отношеніе которыхъ къ такимъ процессамъ, какъ гоноррея и бугорчатка, истолковывалось неправильно. Такъ, если подобныя утолщенія (salpingitis isthmica nodosa, Chiari, Schauta) зачастую дѣйствительно обязаны бываютъ своимъ происхожденіемъ бугоркамъ (Alterthum, Stolper, Kundrat, Kehrer jun., Polano и

др.), то все же ихъ нельзя считать характерными для трубной бугорчатки. Подобныя же утолщенія встрѣчаются также при аденомиомахъ трубъ. Впрочемъ, оба эти заболѣванія нерѣдко наблюдались одновременно (Franqué, Wolff и др.).

Относительно положенія пораженныхъ бугорчаткою трубъ слѣдуетъ сказать, что, какъ это бываетъ при всѣхъ болѣе интенсивныхъ воспалительныхъ пораженіяхъ этого органа, онѣ являются обычно смѣщенными кзади и книзу и приращенными въ заднемъ Douglas'овомъ карманѣ. По большей части имѣются обширныя срощенія трубъ съ сосѣдними частями. Весьма знаменательно то обстоя-

1) Иногда, повидимому, туберкулезный салпингитъ можетъ вести и къ развитію водянки трубъ. По крайней мѣрѣ мнѣ пришлось однажды оперировать объемистый гидросальпинксъ (съ дѣтскую головку величиною), при изслѣдованіи стѣнокъ котораго подъ микроскопомъ были найдены типичныя бугорчатыя измѣненія. В. Г.

2) По Targett'y. піосальпинксъ у дѣвицъ почти исключительно развивается на почвѣ туберкулеза. В. Г.

тельство, что въ этихъ случаяхъ относительно рѣдко поражаются ретроперитонеальныя лимфатическія железы<sup>1)</sup> (Hegar, Rosthorn, Franqué).

Прекрасныя изображенія самыхъ разнообразныхъ формъ бугорчатыхъ трубъ мы находимъ въ специальныхъ работахъ Martin'a, Kleinhan'sa и въ атласахъ Cullingworth'a и Sellheim'a.

## 2. Матка.

Такъ какъ шейка матки поражается бугорчаткой лишь въ исключительныхъ случаяхъ, то подъ туберкулезомъ матки понимаютъ почти всегда соответствующее заболѣваніе слизистой оболочки маточнаго тѣла. Заболѣваніе это, впервые наблюдавшееся Laeppes'омъ и Lebert'омъ, бываетъ обыкновенно осложнено поражениемъ трубъ. Нѣкоторые авторы (Russel) держатся даже того убѣжденія, что при бугорчаткѣ трубъ матка всегда бываетъ вовлечена въ заболѣваніе. Во всякомъ случаѣ одновременное заболѣваніе ея бываетъ очень часто, причемъ обычно являются наиболѣе пораженными верхніе ея отдѣлы (дно, трубные углы).

Вообще туберкулезъ матки наблюдается болѣе, чѣмъ въ половинѣ всѣхъ случаевъ туберкулеза женской половой сферы (Walthier, Polano). Замѣчательно часто, между прочимъ, маточная бугорчатка сочетается съ бугорчаткой яичника у дѣтей (Maas). Равнымъ образомъ относительно часто встрѣчается это заболѣваніе у старухъ во время менопаузы. Это предпочтеніе, оказываемое болѣзью немениструющимъ органамъ, объясняется тѣмъ, что менструальные процессы повышаютъ сопротивляемость матки и затрудняютъ распространеніе бактерій (Stolper, Sippel).

Данныя новѣйшихъ изслѣдованій по этому вопросу отличаются отъ болѣе старыхъ тѣмъ, что, при тщательномъ патологическомъ и бактериологическомъ изслѣдованіи, оказалось, что туберкулезъ матки бываетъ гораздо чаще, чѣмъ это принимали до снудь поръ. Наше вниманіе долженъ обратить тотъ фактъ, что Vassmer въ теченіе 10 мѣсяцевъ встрѣтилъ 6 случаевъ клинически установленнаго туберкулеза слизистой оболочки матки, а Cullen въ теченіе 18 мѣсяцевъ — 5 случаевъ.

Клиническія измѣненія слизистой оболочки матки въ раннихъ стадіяхъ бугорчатки напоминаютъ собою легкій катарръ, но въ дальнѣйшемъ теченіи дѣло можетъ дойти до полного разрушенія мукозы съ одновременнымъ пропитываніемъ бугорками мышечнаго слоя и субсерозной соединительной ткани матки.

Анатомически различаютъ двѣ формы бугорчатки матки:

а) мигрирующую форму (разсѣянные узелки по всему эндометрію и образование изъязвленій):

б) хроническій, диффузный, казеозный эндометритъ, при которомъ вся полость тѣла матки бываетъ выполнена казеознымъ распадомъ, а сохранившаяся еще ткань стѣнокъ

1) Недавно, производя радикальную операцію per abdomen по поводу бугорчатого пораженія половой сферы, мы наблюдали распространенное казеозное перерожденіе лимфатическихъ железъ таза, которыя, поэтому, и пришлось удалить вмѣстѣ съ половыми частями.



пронизана бугорками, находящимися въ различныхъ стадіяхъ своего развитія.

Pozzi различаетъ, кромѣ того, еще третью — интерстиціальную форму, Williams — фиброидную (?). Martin, Walther и Stolper видятъ въ опи-



Рис. 290. Endometritis tuberculosa. Казеозная инфильтрирующая форма съ распадомъ всей слизистой оболочки тѣла матки.

сываемыхъ различными авторами формахъ маточной бугорчатки лишь разные стадіи одного и того же процесса, что мы считаемъ само собою понятнымъ. Krzywicki выдѣляетъ бугорчатую пиометру, которая неоднократно была описана у старыхъ женщинъ, находящихся въ климактерическомъ возрастѣ, насчетъ которыхъ возникалъ вопросъ, не шло-ли въ этихъ случаяхъ дѣло о вторичной инфекціи существовавшей до того гидрометры (Frerichs, Orthmann). Vassmer отличаетъ отъ разсѣяннаго милиарнаго туберкулеза свободной поверхности маточной мукозы еще диффузный бугорчатый эндометритъ, послѣдней стадіи котораго да-

етъ названіе phthisis uterina; кромѣ того, онъ различаетъ еще язвенный процессъ, описанный Uhland'омъ и Zahn'омъ. Остается невыясненнымъ, почему въ однихъ случаяхъ вся мукоза маточнаго тѣла превращается въ грануляціонную ткань, между тѣмъ какъ въ другихъ она перерождается казеозно.

Для милиарной формы въ начальной стадіи можно установить правило, что процессъ локализуется главнымъ образомъ въ маточномъ днѣ, причемъ слизистая оболочка въ этой области представляется пронизанною сѣроватыми узелками, которые едва достигаютъ величины булавочной головки. Въ качествѣ частичнаго проявленія общей бугорчатки форма эта относительно часто встрѣчается у беременныхъ и роженицъ съ туберкулезомъ плаценты.

При язвенной формѣ слизистая оболочка распадается на большомъ протяженіи, причемъ представляетъ неправильныя углубленія: мѣстами также на ней встрѣчаются казеозныя наслоенія.

Макроскопически пораженная бугорчаткой матка можетъ имѣть вполне нормальный видъ, причемъ и слизистая оболочка ея сначала можетъ не представлять ни малѣйшихъ отклоненій отъ нормы. Иногда, однако, матка бываетъ увеличена и бросается въ глаза казеознымъ характеромъ какъ своего содержимаго, такъ и своихъ стѣнокъ.

Гистологическая картина походитъ въ раннихъ стадіяхъ на картину интерстиціального эндометрита; эпителий можетъ быть отчасти слущенъ, строма представляется инфильтрированной мелкими клѣтками, железы зачастую представляютъ явленія разростанія и измѣненія, которыя отдѣльными авторами (Alterthum, Franqué, Orthmann, Walther) считаются характерными для бугорчатки. Въ качествѣ таковыхъ особенно указываются — измѣненія формы

эпителиальныхъ клетокъ, ихъ полиморфность и многослойность. Этотъ гистологическій признакъ имѣеть, однако, лишь условное значеніе для діагностики ранняго туберкулеза: указанныя измѣненія можно принять за обусловленные бугорчаткой лишь въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ можно исключить недавно бывшую беременность (выкидышь) и гонорройную инфекцію, и гдѣ притомъ многослойность железистаго эпителия является рѣзко выраженной. Последняя иногда бываетъ такова, что можно бываетъ думать о начальной стадіи аденоиднаго рака. Отсюда, вмѣстѣ съ тѣмъ, вытекаетъ, что выработка типическихъ туберкулезныхъ продуктовъ можетъ не имѣть мѣста, благодаря ранней гибели бугорчатыхъ бациллъ (Schottlaender).

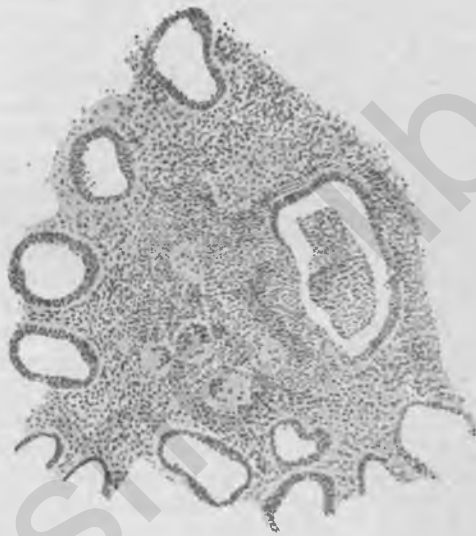


Рис. 291. Миліарный туберкулезъ слизистой оболочки тѣла матки. Частію изолированныя, частію скопившіяся въ группы гигантскія клетки. Нагноеніе. Препараты изъ выскобленной мукозы при увеличеніи 75. Больная — дѣвица 25 лѣтъ, жалобы на меноррагіи и коричневатыя бѣды, половыя части наощупь нормальны, въ организмѣ нигдѣ нѣтъ измѣненій, которыя-бы могли быть объяснены бугорчаткой. Исхуданіе, небольшая альбуминурія. Повторное выскабливаніе полости матки, выздоровленіе.

Различными изслѣдователями уже неоднократно указывалось на тотъ фактъ, что въ маткѣ зачастую одновременно наблюдается и ракъ, и бугорчатка. Фактъ этотъ свидѣтельствуетъ, повидимому, что туберкулезное раздраженіе можетъ вызвать такія измѣненія, которыя ведутъ къ образованію рака (Stein, Wallert, Massauer, Schottlaender, Josselin de Jong). Особенно говорить въ пользу такого предположенія сходство измѣненій въ железахъ при бугорчаткѣ съ тѣми, какія наблюдаются при начинающейся аденокарциномѣ (луковицеобразное расположеніе разросшихся эпителиальныхъ элементовъ, Alterhum). Сходство это ведетъ къ тому, что поставить дифференціальный діагнозъ въ начальныхъ стадіяхъ процесса не такъ-то легко. На основаніи собственныхъ наблюденій мы можемъ подтвердить указанное совпаденіе.

При диффузной, инфильтрирующей формѣ отъ нормальной маточной мукозы не остается почти ничего, — въ ней нельзя открыть ни эпителия, ни железъ, ни сосудовъ. Казеозныя массы, занимающія ея мѣсто, состоятъ изъ гомогеннаго слоя мелкихъ клѣтокъ, которыя больше не окрашиваются. Среди находящихся подъ этимъ слоемъ живыхъ клѣтокъ мѣстами ясно видны гиганты, которые и даютъ точку опоры для диагноза.

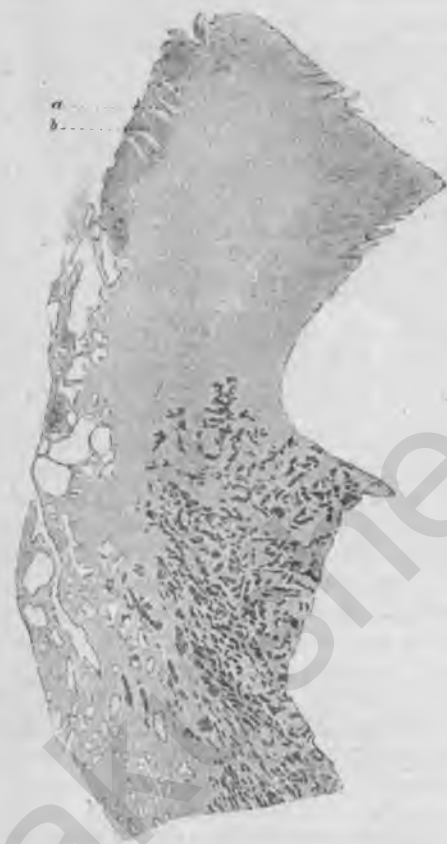


Рис. 292. Миліарный и сливной туберкулезъ слизистой оболочки матки. Казеозныя измѣненія на поверхности, одновременно *sarcinoma plexiforme coll.* Сагитальный разрѣзъ при увеличеніи 4:1. Больная 65 л. Экстирпація матки черезъ рукавъ. Тѣло матки старчески атрофировано.

Sognil называетъ эту наиболее частую хроническую форму маточной бугорчатки казеозной инфильтраціей съ некрозомъ и ставитъ ее наряду съ аналогичнымъ процессомъ, встречающимся въ мочевой системѣ (туберкулезъ почечной лоханки). Число туберкулезныхъ бациллъ въ большинствѣ случаевъ здѣсь такъ же незначительно, какъ и при волчанкѣ и при туберкулезѣ яичекъ; отсутствуютъ также и типическіе бугорки. Мышечный слой маточной стѣнки оказываетъ сопротивление сравнительно долго. Часто, однако, онъ бываетъ пронизанъ бугорками, окрестность которыхъ инфильтрирована мелкими клѣтками.

Schütt описалъ бацилярный бугорчатый катарръ, какъ типичное заболѣваніе свободной поверхности слизистой оболочки матки. Туберкулезные очаги могутъ локализоваться также и въ слизистыхъ полипахъ матки, причемъ они попадаютъ туда черезъ посредство лимфатической системы изъ сосѣднихъ фокусовъ, находящихся или въ мускульномъ слоеъ матки, или въ пораженныхъ бугорчаткой яичникахъ (Madlener, Michaelis, Zahn, Conrad). Своеобразную форму маточной бугорчатки описалъ Ludwig. Матка при этой формѣ представляетъ плотную опухоль, на раз-

рѣзѣ которой нѣтъ ни слѣда полости; міометрій пронизанъ многочисленными творожистыми фокусами.

### 3. Яичники.

Уже Williams считалъ случаи туберкулезнаго пораженія яичниковъ менѣе рѣдкими, чѣмъ полагали до того времени (Roki-



Рис. 293. Бугорчатка слизистой оболочки матки. Мѣсто а рис. 292 при увеличеніи въ 75 разъ. Воспалительно инфильтрированная строма слизистой оболочки съ гигантскими клетками. Железы срезаны косо.

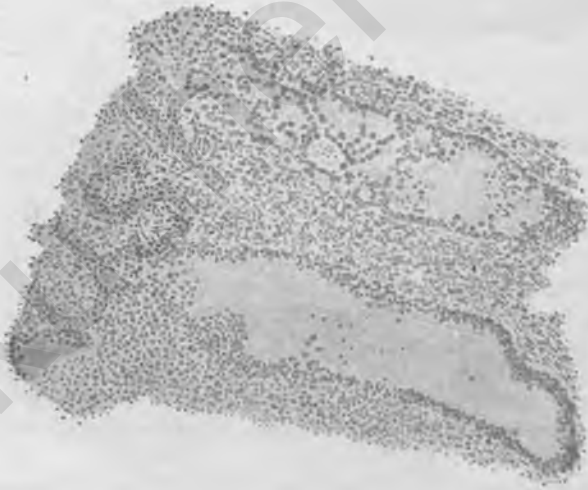


Рис. 294. Бугорчатка слизистой оболочки матки. Мѣсто б рис. 292 при увеличеніи въ 75 разъ. Большая гигантская клетка въ воспалительно-измѣненной стромѣ. Эпителій расположенной вверху железы превращенъ въ многослойный.

tansky, Virchow, Klob и др.). Guillemain и Wolff приводятъ уже 149 случаевъ бугорчатки яичниковъ, къ которымъ Schottländer присоединилъ еще 8, тщательно изслѣдованныхъ.

Въ противоположность необыкновенной частотѣ бугорчатки

вообще, туберкулезное поражение яичниковъ должно быть, однако, разсматриваемо, какъ сравнительно очень рѣдкое заболѣваніе.

Изолированный туберкулезъ только яичниковъ до сихъ поръ еще не доказанъ несомнѣннымъ образомъ для человѣка, у животныхъ же это заболѣваніе было вызвано Acconci и Schottländer'омъ экспериментально. Во всякомъ случаѣ несомнѣннымъ является тотъ фактъ, что въ отдѣльныхъ случаяхъ яичники являются единственнымъ мѣстомъ локализациі даннаго заболѣванія въ половомъ трактѣ у туберкулезныхъ больныхъ (Späht, Klebs, Oppenheim). Относительно случаевъ, описанныхъ, какъ первичный яичниковый туберкулезъ (Edmunds, Jacobs, Franque), высказаны основательныя сомнѣнія (Schottländer, Orthmann).



Рис. 295. Макроскопическій препаратъ туберкулезнаго сальпинго-оофорита. Разрѣзъ черезъ слипшіеся въ клубокъ маточныя придатки. Просвѣтъ трубы и гнойная полость въ яичникѣ наполнены творожистымъ гноемъ. Препаратъ принадлежитъ 45-лѣтней больной, отягченной наслѣдственностью. Больная замужемъ за туберкулезнымъ мужчиной и представляетъ многочисленныя признаки мѣстнаго туберкулеза: верхушка лѣваго легкаго подозрительна, на передней стѣнкѣ прямой кишки втянутый рубецъ (слѣдъ зажившей язвы), ретроцервикальная клѣтчатка мозолисто измѣнена. При пробной пункции сильно увеличенныхъ неподвижныхъ маточныхъ придатковъ полученъ гной, не содержащій, однако, палочекъ бугорчатки. Выздоровленіе послѣ радикальной операціи per abdomen.

Между тѣмъ какъ Williams опредѣляетъ частоту участія яичниковъ въ туберкулезномъ пораженіи половыхъ органовъ въ 44%, Wolff увеличиваетъ это число до 60%. Въ общемъ при бугорчаткѣ яичниковъ всегда имѣется одновременный туберкулезъ брюшины и трубъ, и заболѣваніе яичниковъ является обыкновенно двустороннимъ. Срощеній въ большинствѣ случаевъ не наблюдается.

Всѣ изслѣдователи согласны насчетъ того, что макроскопически даже на разрѣзанномъ органѣ нельзя ничего увидѣть, и что вслѣдствіе этого легко просмотрѣть бугорчатку яичниковъ. Поэтому до послѣдняго времени была описана только та форма даннаго заболѣванія, которую мы уже давно знаемъ, какъ частичное проявленіе полового туберкулеза, подъ названіемъ казеозной или казеозно-гнойной формы.

Бугорчатые фокусы въ видимо здоровыхъ яичникахъ милиарны, микроскопически малы и почти всегда лежатъ въ корковомъ слое, изъ чего можно заключить, что внѣдреніе инфекціи происходитъ всегда черезъ свободную наружную поверхность органа. Замѣчательно часто они располагаются въ желтыхъ и рубцовыхъ тѣлахъ. Зачастую фокусы эти состоятъ лишь изъ громадной гигантской клѣтки, въ которой ядра расположены по периферіи, и которая окружена извѣстнымъ количествомъ эпителиоидныхъ и круглыхъ элементовъ. Казеознаго распада нѣтъ вовсе. Могутъ совершенно отсутствовать и гиганты.

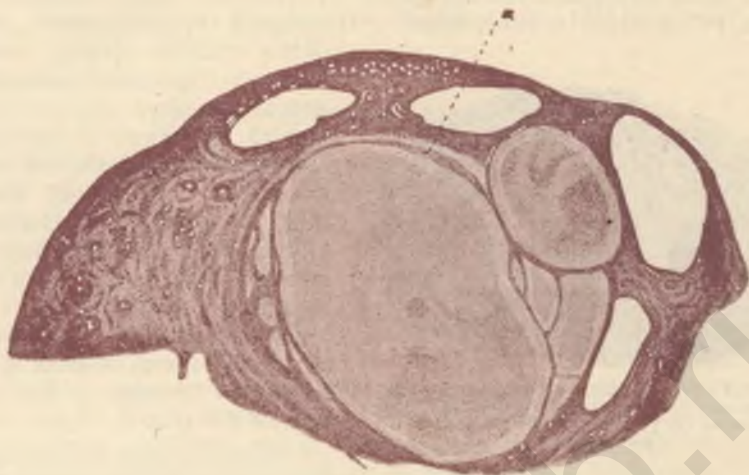


Рис. 296. Туберкулезъ яичника. Разрѣзъ черезъ правый яичникъ при увеличеніи 8:3. *Sarcoma albicans* отчасти въ состояніи творожистаго (?) перерожденія, содержатъ въ глининомъ наружномъ слоѣ своемъ круглоклѣточные и эпителиоидные бугорки и отдѣльные гиганты. Больная 23 л., безъ наследственности. Раньше страдала воспалительными процессами въ легкихъ и плеврахъ. Незадолго до радикальной операціи *per abdomen* — лихорадка. Бугорчатка обѣихъ трубъ, матки и мукозы прямой кишки, разлитыя сросшенія.

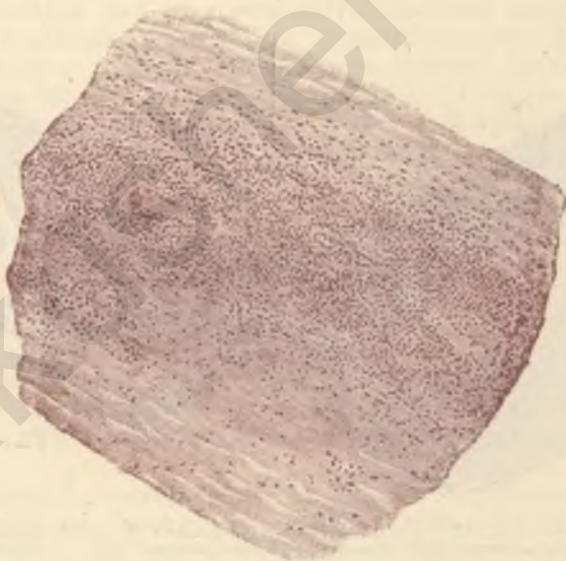


Рис. 297. Туберкулезъ яичника. Мѣсто а препарата, изображеннаго на рис. 296, при увеличеніи въ 75 разъ. Круглоклѣточный бугорокъ съ гигантомъ. Диффузная инфильтрація.

Подробное критическое изслѣдованіе 48 случаевъ бугорчатки яичниковъ показало, что 26 разъ исходными точками процесса послужили трубы и 22 раза брюшина.



Отъ собственного яичниковаго туберкулеза цѣлесообразно отличать бугорчатый періоофоритъ. Последний представляетъ собою

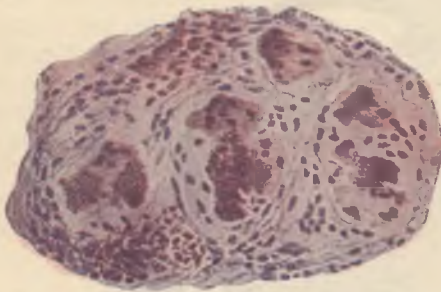


Рис. 298. Туберкулезъ яичника (?). Мѣсто в препарата, изображеннаго на рис. 297, при увеличеніи въ 200 разъ. Гигантскія кѣтки въ *corpus nigrum*.

болѣе частую форму, возникающую благодаря распространенію процесса съ сосѣднихъ частей, особенно съ брюшины. Первый встрѣчается въ трехъ формахъ: милиарной, казеозной и гнойной. Нагноеніе яичниковъ при бугорчаткѣ было описано много разъ (Guillemain, Marchese). Изъ упомянутыхъ 48 случаевъ въ 20 имѣла мѣсто первая форма, въ 13 — вторая и въ 15 — третья (Wolff).

Особо надо упомянуть объ описанныхъ въ литературѣ случаяхъ туберкулезнаго перерожденія яичниковыхъ кистъ. Къ 13 случаямъ этого рода, собраннымъ изъ литературы, Priesmann присоединяетъ еще одинъ, наблюдавшійся въ клиникѣ Werth'a. Polsson и Violet приводятъ 16 случаевъ, въ томъ числѣ



Рис. 299. *Perioophoritis tuberculosa*. Милиарная бугорчатка яичника. Тб — изолированный бугорокъ съ гигантскими кѣтками въ *corpus albicans*. Лс. — лютеиновая киста. Р.тв. — туберкулезная отложенія на поверхности яичника. Продольный разрѣзъ черезъ часть лѣваго яичника при увеличеніи 16:5. Больная — двѣдушка 17 л., раньше имѣвшая плевритъ. Годъ тому назадъ оперирована по поводу бугорчатаго перитонита, причемъ была выпущена асцитическая жидкость. Жалуется на боли въ нижней части живота и бѣли. Легкія не измѣнены. Радикальная операція *per abdomen*. При вскрытіи брюшной полости не было найдено ни узелковъ на брюшинѣ, ни асцита. Въ тазу разлитая сросшенія. Матка увеличена, въ ней бугорки, гиганты, нагноеніе въ мукозѣ и мускулатурѣ. Придатки спаяны въ клубки. Трубы утолщены, извиты, представляютъ явленія гнойнаго эндо-мезо-перисальпингита. Въ обоихъ яичникахъ небольшое число милиарныхъ бугорковъ въ корковомъ слое. Бугорчатый періоофоритъ.

2 собственныхъ. Чаше всего въ литературѣ цитируются случаи Spencer Wels'a, Baumgarten'a, Sanger'a, Madlener'a, Olshausen'a, El-sassera, Schottlander'a и др.<sup>1)</sup>

#### 4. Шейка и влагалищная часть матки.

Изолированное заболѣваніе шейки бугорчаткой встрѣчается чрезвычайно рѣдко. Cornil изслѣдовалъ въ теченіе 2 лѣтъ всѣхъ женщинъ, погибшихъ отъ туберкулеза, и ни въ одномъ случаѣ не нашелъ такого пораженія. По Späth'у, изъ числа изслѣдованныхъ имъ 119 случаевъ туберкулеза маточнаго тѣла шейка была поражена лишь 6 разъ (5%). Наши наблюденія, однако, отличаются отъ сейчасъ указанныхъ; мы нашли, что шейка участвуетъ въ заболѣваніи въ 20%. Даже при остромъ пораженіи бугорчаткой пупереральной матки шейка удивительнымъ образомъ бываетъ всегда пощажена, хотя во время родовъ она и получаетъ поверхностныя поврежденія. Даже въ тѣхъ случаяхъ, когда оказываются заболѣвшими обѣ трубы и тѣло матки, шейка замѣчательно часто остается свободной.

Чаше всего шейка матки оказывается пораженной при нисходящей формѣ бугорчатки. Здѣсь почти всегда дѣло идетъ о катаральныхъ и язвенныхъ измѣненіяхъ, которыя часто не распознаются правильно при жизни больной, и натура которыхъ опредѣляется лишь послѣ оперативнаго удаленія органа или даже только послѣ смерти пациентки (Cornil, Späth, Giglio). Неоднократно указывали уже на возможность смѣшенія этого процесса съ волчанкой и ракомъ. Появляясь первоначально въ формѣ милиарныхъ бугорковъ, процессъ здѣсь ведетъ затѣмъ къ язвенному распаду и даетъ поверхностныя изъязвленія (Virchow, Weigert, Friedländer, Лукашевичъ, Zweifel, Meyer, Kaufmann).

За первичную форму заболѣванія принимали ту, которая была находима изолированно на влагалищной части въ видѣ опухоли или папиллярнаго новообразованія („sous forme de tumeurs bourgeonnants végétants“) и которая вслѣдствіе своей твердости, изрытости и частичнаго распада была смѣшиваема съ ракомъ влагалищной части или съ саркомой (случаи Cornil'я, Fränkel'я, Pozzi, Emanuel'я, Feis'a, Glockner'a, Gebhard'a, Gottschalk'a, Martin'a и др.). Смѣшеніе здѣсь было тѣмъ возможнѣе, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ и гистологическая картина заболѣванія походила на картину рака, благодаря присутствію жемчужинъ (Alterthum). Кромѣ того, здѣсь возможно и дѣйствительно сочетаніе обоихъ заболѣваній.

Совершенно изолированно въ шейкѣ бугорчатка встрѣчается лишь въ единичныхъ случаяхъ (таковы случаи Friedländer'a и Kaufmann'a). Въ одной присланной намъ со стороны маткѣ, удаленной чрезъ рукавъ, съ оставленіемъ придатковъ, оказалась пораженной только шейка, мукоза же тѣла матки найдена здоровой.

1) Одинъ изъ такихъ случаевъ мнѣ пришлось изслѣдовать и описать въ печати. Долженъ, однако, оговориться, что въ этомъ случаѣ даже всестороннее изслѣдованіе не позволило съ точностью опредѣлить, имѣли ли здѣсь мѣсто осумкованный туберкулезный перитонитъ или бугорчатая киста яичника. В. Г.



Какъ и при туберкулезѣ маточнаго тѣла, въ раннихъ стадіяхъ бугорчатки шейки не бываетъ постоянныхъ характерныхъ измѣнений слизистой оболочки, которыя могли-бы быть распознаны микроскопически. Да и при микроскопическомъ изслѣдованіи всегда строеніе слизистой оболочки оказывается существенно измѣненнымъ: при этомъ могутъ быть лишь найдены разсѣянные въ соединительной ткани слизистой оболочки или даже между мышечными пучками отдѣльные бугорки, содержащіе въ серединѣ гигантскія клѣтки иногда удивительной величины (аналогія съ туберкулезомъ глотки и языка).

Какъ бугорчатка маточнаго тѣла останавливается обыкновенно у внутренняго маточнаго зѣва, такъ послѣдній представляетъ собою границу и при рѣдко наблюдаемыхъ интрацервикальныхъ формахъ этой болѣзни.

Равнымъ образомъ и туберкулезъ влагалищной части выказываетъ малую тенденцію въ распространеніи вверхъ, но, въ видѣ изъязвленій, охотно переходитъ на влагалищные своды. Какъ на особнякомъ стоящее наблюденіе, слѣдуетъ смотрѣть на случай E. Fgäpker'a, въ которомъ, съ одной стороны, были поражены бугорчаткой трубы, а съ другой — имѣлъ мѣсто папиллярный туберкулезъ шейки; лежавшій же между ними отдѣлъ полости тѣла былъ вполне здоровъ, т. е., стало быть, процессъ перескочилъ черезъ него.

Основываясь на имѣющихся до сихъ поръ наблюденіяхъ, мы должны отдѣлять туберкулезъ шейки отъ бугорчатки влагалищной части и различать при первомъ милиарную (эмболическую) и диффузную, инфильтрирующую форму, а при второй — опухолообразную, вегетирующую и язвенную. Какъ бугорчатка шейки, такъ и бугорчатка влагалищной части лишь очень рѣдко встрѣчаются въ видѣ изолированныхъ заболѣваній: въ большинствѣ случаевъ онѣ являются частичнымъ проявленіемъ нисходящаго туберкулеза слизистой оболочки.

При изученіи безспорныхъ случаевъ изолированной бугорчатки шейки и влагалищной части возникаетъ убѣжденіе, что здѣсь туберкулезный ядъ заносится непосредственно извнѣ, черезъ рукавъ. — по всей вѣроятности, особенно если у мужа имѣется бугорчатка половыхъ частей, при половомъ сношеніи (Glockner).

## 5. Влагалище и наружные половые органы.

Бугорчатка влагалища наблюдается въ большинствѣ случаевъ въ сочетаніи съ бугорчаткою другихъ органовъ и притомъ рѣдко возникаетъ путемъ распространенія по кровеносной системѣ (милиарная форма) (Davidsohn, Erpringer, см. рис. 300), а гораздо чаще развивается при нисходящемъ туберкулезѣ, вслѣдствіе инфекции стѣнокъ рукава стекающимъ книзу секретомъ. Равнымъ образомъ она можетъ возникнуть и при прорывѣ бугорчатыхъ язвъ гнишекъ въ рукавъ, съ образованіемъ фистуль.

Въ дѣтскомъ возрастѣ бугорчатка влагалища, повидимому, встрѣчается чаще (50% описанныхъ случаевъ имѣли мѣсто у дѣтей

въ возрастѣ отъ 7 мѣсяцевъ до 2 лѣтъ). При этомъ у дѣтей сначала показывается гнойное истеченіе изъ рукава, а вскорѣ можно замѣтить своеобразный язвенный процессъ, который уже долженъ возбудить подозрѣніе. Туберкулезъ влагалища наблюдался также, какъ послѣдствіе кори. Почти во всѣхъ этихъ случаяхъ инфекція происходила вслѣдствіе соприкосновенія и переноса на дѣтей секретовъ и экскретовъ ихъ матерей, больныхъ бугорчаткой (Maas, Demme). Нерѣдко при этомъ одновременно наблюдалось и бугорчатое поражение вульвы, на которое слѣдуетъ смотрѣть, какъ на прививочный туберкулезъ (Küttner, Schenk, Karajan, Brüning).

Рис. 300. Туберкулезъ влагалища и матки (весьма рѣдкая, гематогенная форма). Больная — 15-лѣтняя дѣвочка съ наследственнымъ предрасположеніемъ. Аменоррея. Смерть отъ общаго мiliary туберкулеза. При вскрытіи: менингитъ; туберкулы въ chozoidea; бугорчатая язва въ кишкахъ, въ мочевомъ пузырь и во влагалищѣ. Первичный очагъ — въ бронхіальныхъ и медиастинальныхъ лимфатическихъ железахъ. Матка средней величины, слизистая оболочка шейки блѣдна, припухшая mucosa тѣла матки пронизана вплоть до внутренняго маточнаго зѣва мелкими, блестящими узелками. Стѣнки влагалища утолщены, его слизистая оболочка собрана въ поперечныя складки, окрашена въ темно-фіолетовый цвѣтъ и покрыта безчисленнымъ количествомъ различной величины язвочекъ. Трубы и яичники макроскопически нормальны. На гистологическихъ препаратахъ, лично приготовленныхъ проф. Eppinger'омъ, можно видѣть типичныя эмболическіе туберкулы, заключающіе бактерій.



Туберкулезъ рукава представляетъ анатомически много сходства съ аналогичнымъ заболѣваніемъ кожи: около сосудовъ образуются фокусы мелкоклеточковой инфильтраціи, которые потомъ сливаются между собою и всегда подвергаются распаду (Emanuel, Stolper). Форма язвъ неправильна, края ихъ тверды, язвы даютъ желтое сывороточное отдѣлимое, трудно кровоточать, болѣе и менѣе безболѣзненны, занимаютъ различное мѣстоположеніе (Voigt). У взрослыхъ субъектовъ онѣ зачастую смѣшивались съ сифилитическими и раковыми язвами (Breisky, Thomson, Zweigbaum). Изъ 7 случаевъ Oppenheim'a въ 3 были поражены одновременно и трубы; матка всегда была здорова, но зато во всѣхъ случаяхъ имѣлъ мѣсто туберкулезъ брюшины. Изолированное пораженіе только рукава имѣло мѣсто, повидимому, лишь въ случаѣ Bierfreund'a (Martin). Во всѣхъ случаяхъ Springer'a заболѣваніе бугорчаткой влагалища было вторичнымъ.

Бугорчатка рукава весьма часто комбинируется съ бугор-

чаткой наружныхъ половыхъ органовъ. Однако бываетъ и такіе случаи, когда туберкулезное поражение ограничивается одной вульвой. До 1885 года Späth могъ привести только одинъ такой случай. Но за послѣднее время описано еще нѣсколько вполне достовѣрныхъ случаевъ этого рода (Winkel, Zweifel, Viatte, Haebertin и др.), которые все болѣе и болѣе убѣждаютъ, что настоящая волчанка можетъ локализоваться и на наружныхъ половыхъ частяхъ, и что въ отдѣльныхъ, рѣдкихъ случаяхъ бугорчатое поражение вульвы можетъ принять люпозный характеръ. Новѣйшіе изслѣдователи согласны насчетъ того, что въ этихъ случаяхъ всегда имѣется комбинація язвеннаго процесса съ полипознымъ разрастаніемъ (изъязвленіе и гипертрофія тканей). Съ одной стороны процессъ идетъ разрушающимъ образомъ все дальше и дальше, распространяясь вдоль губъ и промежности вплоть до прямой кишки, причемъ образуются глубокія рывины и свищевые ходы, съ другой — въ окрестности разрушенныхъ частей образуются тканевыя массы, принимающія иногда полипозный характеръ и исходящія на мягкую, студенисто-гипертрофированную слизистую оболочку. Язвы имѣютъ зазубренные, отчасти подрытые края, ярко-красное, легко кровоточащее основание и открытое весьма часто распадающееся дно. Процессъ всегда обнаруживаетъ наклонность распространяться съ наружныхъ, кожныхъ частей на сосѣднія слизистыя оболочки, поражая такимъ образомъ входъ во влагалище и слизистую оболочку прямой кишки. Многократно указывали на сходство разбираемаго заболѣванія съ *Lupus tumidus* или *hypertrophicus*. Паховыя железы при бугорчаткѣ вульвы по большей части не опухаютъ; если же это опуханіе и имѣется, то оно бываетъ весьма незначительно.

Новѣйшія гистологическія изслѣдованія, особенно дерматологовъ (Jadasohn, Fr. Koch, Jesionek и др.), доказываютъ, однако, что именно эти формы, особенно часто встрѣчающіяся у проститутки, не имѣютъ ничего общаго съ волчанкой, но что онѣ представляютъ собою своеобразный, независимый отъ бугорчатой инфекции видъ — *ulcus vulvae chronicum s. elephantiasiticum*. Къ этой категоріи относится большое число случаевъ, которые прежде были извѣстны подъ собирательнымъ названіемъ эстиомены (Huguier), которые были хорошо описаны, но не подвергнуты гистологическому изслѣдованію. Подобнымъ же образомъ Hutchinson относитъ случаи Dupcan'a къ сифилису.

Насколько твердо установленнымъ кажется фактъ, что различныя формы кожной бугорчатки встрѣчаются на вульвѣ (Riehl, Chiari, Demme, Zweigbaum, Rieck, Freund и др.), настолько же съ сомнѣніемъ высказываются авторы относительно существованія настоящей волчанки вульвы (Jadasohn, Besnier, Lewin, школа Hebra, Jesionek и др.). Лишь случай Bodega признанъ несомнѣннымъ.

Наличность бугорчатыхъ бациллъ, доказательство присутствія которыхъ при настоящей волчанкѣ зачастую представляетъ большія трудности, свидѣтельствуетъ лишь, что извѣстное поражение туберкулезнаго происхожденія. Люпозный же характеръ пораженія дол-

вахъ бугорчатого процесса, а не только въ творожистыхъ или фиброзныхъ образованияхъ, могутъ отсутствовать. Это можетъ быть объяснено такимъ образомъ, что по разрѣшеніи извѣстныхъ явленій раздраженія, а иногда даже къ тому времени, когда они еще не вызвали типичныхъ измѣненій въ строеніи тканей, палочки бугорчатки могутъ быстро подвергнуться уничтоженію.

По крайней мѣрѣ въ половинѣ всѣхъ случаевъ бугорчатка половыхъ частей открывается случайно, при посмертномъ вскрытіи, или послѣ операціи, при изслѣдованіи удаленныхъ органовъ.

Съ очень большой вѣроятностью можно предположить туберкулезъ половой сферы, если у предрасположенной къ чахоткѣ, отягченной наслѣдственностью или даже ясно страдающей бугорчаткой больной, представляющей характерные для этого изслѣдованія признаки (слѣды перенесенныхъ бугорчатыхъ заболѣваній, подозрительныя измѣненія въ легкихъ, помутнѣнія роговицы, рубцы, указывающіе на бывшую бугорчатку кожи, костей и лимфатическихъ железъ, заболѣванія ушей) появляется асцитъ, если у ней можно одновременно доказать измѣненіе придатковъ, которые могутъ быть прощупаны, а особенно утолщеніе трубъ, — если матка увеличена, секретія ея болѣе обильна, чѣмъ нормально, или же выдѣляемое содержитъ казеозныя массы, и если, наконецъ, имѣется язвенный процессъ на слизистой оболочкѣ, влагалищной части, на стѣнкахъ рудавы или на вульвѣ. Надо, однако, замѣтить, что нерѣдко бугорчатка половой сферы встрѣчается у субъектовъ, выглядящихъ вполне здоровыми и свободныхъ отъ подозрительныхъ антецедентовъ (Hegar).

Hegar и его ученики (Sellheim) приписываютъ также большое діагностическое значеніе тому обстоятельству, если большая представляетъ признаки инфантилизма или пороковъ развитія, а также если у ней имѣетъ налицо гипоплазія половыхъ частей.

Въ большинствѣ случаевъ форма трубъ, особенно въ далеко ушедшихъ впередъ стадіяхъ бугорчатки, не представляетъ существеннаго отличія въ сравненіи съ формами салпингита и ruosalpinx'a, обусловленнаго другими причинами. Да во многихъ случаяхъ бугорчатки и нельзя точно контурировать трубъ, такъ какъ онѣ, при наличности распространеннаго гнойнаго процесса, бываютъ весьма тѣсно сращены съ сосѣдними частями и при изслѣдованіи не могутъ быть прощупаны отдѣльно. Ни форма трубъ, похожая на вѣнокъ изъ розъ, ни узловыя утолщенія перешеечной части ихъ (salpingitis isthmica nodosa) не являются патогномическими признаками, которыми можно было-бы воспользоваться для постановки діагноза.

Болѣе значенія имѣютъ описанныя Hegar'омъ и его учениками (Bullius'омъ и Altherthum'омъ) небольшіе, подвижные узелки въ заднемъ Douglas'овомъ карманѣ, которые особенно ясно могутъ быть прощупаны per rectum, и которые преимущественно располагаются на заднемъ листкѣ широкихъ связокъ и ligg. rectouterina. Не надо, однако, забывать, что подобныя же узелки бываютъ и при другихъ метастатическихъ пораженіяхъ брюшины, особенно при злокачественныхъ опухоляхъ яичниковъ.

Характерныхъ измѣненій менструаціи при бугорчаткѣ нѣтъ: патогномическими для этой болѣзни не бываютъ ни меноррагіи, ни аменоррея, ни атипическія кровотеченія. Меноррагіи являются

обыкновеннымъ сопутствующимъ явленіемъ при всѣхъ воспалительныхъ измѣненіяхъ матки и ея придатковъ, а аменоррея — послѣдствіемъ атрофическихъ процессовъ. Послѣдняя, въ далеко зашедшихъ вперёдъ случаяхъ бугорчатки, иногда возникаетъ тогда, когда вся слизистая оболочка матки будетъ совершенно разрушена туберкулезнымъ процессомъ. Чаше аменоррея вслѣдствіе атрофіи внутреннихъ половыхъ органовъ возникаетъ въ случаяхъ туберкулезнаго пораженія легкихъ, и притомъ въ раннихъ его стадіяхъ, въ качествѣ проявленія дискразіи, даже при отсутствіи мѣстныхъ бугорчатыхъ измѣненій въ половой сферѣ.

Бѣли также не являются постояннымъ симптомомъ туберкулеза матки. Тамъ, гдѣ таковыя имѣются, онѣ могутъ быть даже чисто-гнойнными. Примѣсь казеозныхъ массъ должна, однако, возбуждать подозрѣніе врача. Однако и здѣсь никогда нельзя обойтись безъ бактериологическаго изслѣдованія или безъ прививки животнымъ (Walther, Pape и др.). Даже у дѣтей съ бугорчаткой брюшины были находимы бугорчатая палочки въ отдѣлимомъ полового канала (Vierordt, Wollstein, Marfan), что, конечно, объясняется вовлеченіемъ въ заболѣваніе полового аппарата).

При подозрѣніи на туберкулезъ матки слѣдуетъ прибѣгнуть къ пробному выскабливанію, причемъ, какъ уже было упомянуто выше, тщательное микроскопическое изслѣдованіе выскобленныхъ частицъ позволяетъ открыть даже раннія стадіи процесса, съ ничтожными измѣненіями.

Труднѣе просмотрѣть специфическія пораженія тѣхъ отдѣловъ половой сферы, которые доступны зрѣнію. Надо, однако, замѣтить, что какъ разъ доступны зрѣнію пораженія влагалищной части, влагалища и преддверія могутъ быть весьма легко смѣшаны съ другими патологическими измѣненіями. Такъ, напр., первичный туберкулезъ влагалищной части, имѣющій форму опухоли, всегда принимали за злокачественное новообразование (карциному, саркому), а язвенные процессы — за сифилитическіе и шанкерные. При туберкулезѣ вульвы нужно всегда принимать во вниманіе возможность смѣшать это заболѣваніе съ сифилисомъ (первичный склерозъ), — далѣе — съ язвенной карциномой вульвы и, наконецъ, съ мягкимъ шанкромъ (фагеденическая язва). Характерная картина твердаго шанкра при болѣе продолжительномъ теченіи сифилиса, отсутствіе другихъ симптомовъ, а также характерныя гипертрофическія измѣненія въ окружности люповной язвы — даютъ въ общемъ возможность различить оба эти процесса<sup>1)</sup>. Продолжительное существованіе и, главнымъ образомъ, продолжительное стаціонарное состояніе, а также отсутствіе наклонности къ образованію метастазовъ — даютъ точки опоры для исключенія рака. При мягкомъ шанкрѣ всегда является характернымъ признакомъ образованіе бубоновъ.

Окончательно же въ подобныхъ случаяхъ діагнозъ можетъ быть поставленъ путемъ пробной эксцизиі и микроскопическаго изслѣдованія вырѣзанныхъ кусочковъ.

При тѣхъ діагностическихъ трудностяхъ, какія имѣютъ мѣсто, когда бугорчатка, — какъ это обычно бываетъ, — ограничивается

1) Вальное значеніе имѣетъ здѣсь также изслѣдованіе — отдѣлимаго язвы на спирохеты. В. Г.

внутренними отдѣлами половой сферы, нельзя не приветствовать введенія въ практику такого діагностическаго средства, какъ реакція съ туберкулиномъ, съ большимъ успѣхомъ примѣняемая во внутренней медицинѣ. Для выясненія діагноза бугорчатки женской половой сферы недостаточно, однако, общей реакціи, сказывающейся недомоганіемъ, неопредѣленнымъ ощущеніемъ болѣзни, головной болью, рвотою и повышеніемъ  $t^{\circ}$ , — по этимъ признакамъ мы можемъ лишь опредѣлить наличность бугорчаткаго фокуса въ организмъ вообще. Гораздо болѣе важное значеніе имѣеть для насъ мѣстная реакція, наступленіе опредѣленныхъ субъективныхъ и объективныхъ симптомовъ со стороны половой сферы. Техника метода легко доступна, и самый способъ въ общемъ безопасенъ, если только при его примѣненіи строго соблюдать нѣкоторыя правила. Начинаютъ съ маленькихъ дозъ (0,0001 стараго Кош'овскаго туберкулина), которыя лучше вводить вечеромъ, ибо реакція впервые проявляется на слѣдующій день, и затѣмъ, каждыя 2 дня повышая дозу, постепенно доходятъ до 0,001. При этомъ слѣдуетъ каждыя 2—3 часа тщательно измѣрять  $t^{\circ}$ . Лихорадка и ясно выраженныя пораженія легкихъ противопоставляютъ примѣненія этого способа, который не слѣдуетъ примѣнять и во время мѣсячныхъ. Первые опыты, предпринятыя нами съ этимъ методомъ, дали мало удовлетворительный результатъ. Въ новѣйшее время *Vignbaum* получилъ, при пробѣ съ туберкулиномъ, мѣстную реакцію въ 94%. Напротивъ, *Pankow* изъ 9 случаевъ, въ которыхъ наличность туберкулеза могла быть установлена гистологически, и общая реакція была выражена весьма рѣзко, получилъ мѣстную реакцію лишь въ 4. Вместь съ этимъ авторомъ надо подчеркнуть, что значеніе данного способа можетъ быть выяснено статистически лишь тогда, когда полученные путемъ его данныя будутъ проверяемы гистологическимъ изслѣдованіемъ удаленныхъ органовъ или результатами вскрытій. Въ настоящее время мы можемъ лишь допустить, что наличность бугорчатки половыхъ частей можетъ быть съ значительной степенью вѣроятности отвергнута тамъ, гдѣ туберкулинъ не вызываетъ ни общей, ни мѣстной реакціи.

Относительно недавно открытой *Calmette*'омъ, *Wolff*'омъ и *Eisner*'омъ офтальморакціи или конъюнктивальной реакціи опыты настолько еще незначительны, что объ ней нельзя высказать опредѣленнаго сужденія. У насъ лично способъ этотъ не далъ результатовъ въ нѣсколькихъ случаяхъ, гдѣ заболѣваніе было довольно рѣзко выражено.

Діагнозъ бугорчатки брюшины бываетъ иногда легко, но въ другихъ случаяхъ діагностировать это заболѣваніе весьма трудно. Обыкновенно эта болѣзнь подкрадывается незамѣтно, и лишь появленіе асцита въ связи съ обусловленными имъ припадками обращаетъ на себя вниманіе больной. Другіе симптомы, какъ, напр., тошнота, слабость, головныя боли, жажда, бессонница, ночные поты, отсутствіе аппетита и рвота, — носятъ столь общій характеръ, что имъ нельзя придавать большого значенія.

Болѣе патогномичными для бугорчатки брюшины являются упорные запоры, смѣняющіеся поносами, и своеобразное высыханіе кожи. Въ зависимости отъ величины асцита, дѣло рано или поздно доходитъ до явленій одышки вслѣдствіе высокаго напряженія діа-

фрагмы. Въ отдѣльныхъ случаяхъ на первый планъ выступаютъ разстройства со стороны мочевого пузыря (Vaumgart). Иногда въ анамнезѣ выступаютъ жалобы на аменоррею и безплодіе (Martin: по Ahlefelder'у, изъ заболѣвшихъ, родили до заболѣванія лишь 30 0/0), что наблюдалось и нами.

Нерѣдко можно также встрѣтить измѣненіе объема живота, которое привлекаетъ вниманіе уже самихъ больныхъ и заставляетъ ихъ искать врачебной помощи.

Форма живота и результатъ пальпации при бугорчаткѣ брюшины различны, въ зависимости отъ количества накопившейся асцитической жидкости и вида болѣзни. Если эта жидкость имѣется только въ незначительномъ количествѣ, то иногда въ животѣ можно прощупать опухольныя массы («мнимыя опухоли») неправильной формы, локализирующіяся особенно въ области пупка. Въ зависимости отъ той же причины бываютъ также различны и результаты перкуссии и изслѣдованія флюктуации. Въ большинствѣ случаевъ дѣло здѣсь сводится къ явленіямъ, характернымъ для *hydrops saccatus*.

При туберкулезѣ брюшины, вызвавшемъ извѣстную степень непроходимости кишекъ, части послѣднихъ, лежащія выше ущемленнаго мѣста, могутъ значительно раздуться газамъ и такимъ образомъ обусловить собою ограниченный тимпанитъ.

Зачастую такимъ образомъ, объективная картина бугорчатки, особенно у молодыхъ субъектовъ, у которыхъ имѣется увеличеніе живота, развившееся постепенно и не вызывающее особенныхъ страданій, — является неясною. Если, однако, мы прощупываемъ въ брюшной полости опухолевидныя массы, нерѣдко ограниченныя, то, несмотря на отсутствіе значительныхъ общихъ разстройствъ, мы можемъ безъ труда узнать натуру болѣзни, особенно, если имѣется наследственное предрасположеніе къ бугорчаткѣ или туберкулезный процессъ въ другомъ мѣстѣ, сопровождаемый исхуданіемъ, паденіемъ вѣса и анеміей больной.

Иногда всѣ, указанные выше, симптомы могутъ отсутствовать, особенно же отсутствуютъ тѣ припадки, по которымъ мы обычно ставимъ діагнозъ перитонита (произвольная болѣзненность, боли при давленіи, рвота, метеоризмъ, лихорадка, запоры, повышенное выдѣленіе индикана и пр.). Въ подобныхъ случаяхъ мы можемъ вовсе просмотрѣть болѣзнь, какъ это часто бываетъ съ незначительными плевритами. Чаще всего ограниченныя скопленія жидкости (осумкованный асцитъ) при бугорчаткѣ брюшины смѣшиваются съ кистами яичника. Köpfig называлъ подобныя осумкованныя, наполненныя сывороткою и гноемъ полости малаго напряженія «волнующимися опухольями». Именно благодаря этому смѣшенію мы и узнали, какіе благоприятные результаты можетъ дать въ этихъ случаяхъ вскрытіе брюшной полости.

У болѣе пожилыхъ субъектовъ туберкулезный перитонитъ можетъ быть смѣшанъ съ карциноматознымъ пораженіемъ брюшины или вообще метастазами въ брюшинѣ злокачественныхъ опухолей, локализанія которыхъ неизвѣстна.

При болѣе рѣдкихъ острыхъ формахъ туберкулезнаго перитонита послѣдній можетъ дать картину острой заразной болѣзни и можетъ быть смѣшанъ съ начинающимся брюшнымъ тифомъ. Дан-

ныя бактериологическаго изслѣдованія крови, а позднѣе реакція Gubera-Vidal'я выясняютъ, однако, дѣло. Иногда при туберкулезномъ перитонитѣ могутъ выступить на первый планъ явленія ileus'a.

## V. Лечение бугорчатки половой сферы.

Въ видахъ профилактики и рекомендуется прежде всего соблюдать соответственныя предосторожности (пастеризованіе молока) при вскармливаніи новорожденныхъ (Beihing). Далѣе, надо примѣнять все средства, чтобы поднять стойкость организма, и избѣгать предрасполагающихъ къ заболѣванію вредностей (инфекціи всякаго рода), а также браковъ съ лицами, предрасположенными къ бугорчаткѣ. Образовавшіеся бугорчатые очаги должны быть залечены, если же они не обнаруживаютъ никакой склонности къ самопроизвольному заживленію, — ихъ надо по возможности раньше удалить оперативнымъ путемъ. Равнымъ образомъ слѣдуетъ стараться, чтобы при всѣхъ гинекологическихъ изслѣдованіяхъ и родовспомогательныхъ вмѣшательствахъ какъ пальцы, такъ и инструменты были по возможности асептичны. Больнымъ бугорчаткою повивальнымъ бабкамъ и врачамъ доступъ въ роженицамъ долженъ быть воспрещенъ. Лицамъ, которыя выплевываютъ мокроту, содержащую туберкулезныя палочки, или у которыхъ вслѣдствіе упорныхъ поносовъ можно заподозрить бугорчатку кишекъ, нужно указать на то, что эти вещества, будучи перенесены на introitus vaginae, могутъ обусловить собою пораженіе половыхъ органовъ<sup>1)</sup>.

Что касается собственно леченія бугорчатки женскаго полового аппарата, то, между тѣмъ какъ Gehele еще въ 1881 году высказывался безусловно противъ всякаго оперативнаго вмѣшательства при имѣющимъ уже туберкулезномъ пораженіи полового тракта, — въ настоящее время гинекологи все болѣе и болѣе слѣдуютъ тому направленію, инициаторомъ котораго былъ Negar, и склоняются въ пользу активнаго оперативнаго вмѣшательства съ цѣлью удаленія изъ организма бугорчатыхъ гнѣздъ. Последнее должно быть предпринято и тогда, когда заболѣваніе не причиняетъ никакихъ страданій, такъ какъ всегда всегда ожидать, что изъ такого гнѣзда разовьется общій миліарный туберкулезъ. Собранныя по сіе время данныя, которыя съ одной стороны сдѣлали насъ лучше знакомыми съ отдѣльными формами, фазами и способами теченія бугорчатки половой сферы, а съ другой стороны показали, что заболѣваніе это, подобно аналогичнымъ мѣстнымъ процессамъ въ другихъ органахъ, при благоприятныхъ условіяхъ, именно у молодыхъ особъ, можетъ вполне излечиться, — заставляють полагать, что отдѣльные случаи данной болѣзни слѣдуетъ индивидуализировать; въ частности слѣдуетъ, сообразно даннымъ изслѣдованія и болѣе или менѣе длительного наблюденія, индивидуализировать и терапію отдѣльныхъ случаевъ. Общія терапевтическія схемы и догмы здѣсь не должны имѣть мѣста. Въ одномъ лишь отношеніи господствуетъ

1) Подробнѣе о мѣрахъ предосторожности противъ зараженія бугорчаткой см. въ отчетѣ о Конгрессѣ для борьбы съ туберкулезомъ, какъ народною болѣзною. Berlin. 1893.



единство возрѣній, — что при далеко зашедшей легочной чахоткѣ и кишечной бугорчаткѣ, не обѣщающихъ больной долгой жизни, лучше воздерживаться отъ всякаго оперативнаго вмѣшательства. Далѣе, необходимо въ данномъ отношеніи отдѣлять свѣжія заболѣванія отъ старыхъ, долгое время существующихъ, торпидныхъ процессовъ. Опытъ показываетъ, что въ случаяхъ первой категоріи слѣдуетъ держаться вначалѣ выжидательнаго образа дѣйствій, да и въ случаяхъ второго рода лучше примѣнять консервативную терапію. Спорнымъ является вопросъ о леченіи лишь тѣхъ случаевъ, которые стоятъ посерединѣ между свѣжими и старыми.

Выжиганіе доступныхъ глазу бугорчатыхъ язвъ, а также леченіе ихъ іодной настойкой, молочной кислотой и іодоформомъ, въ самыхъ различныхъ видахъ, можетъ, пожалуй, въ отдѣльныхъ случаяхъ повести къ излеченію мѣстнаго туберкулеза вульвы, вагины и влагалищной части, но все-таки при этомъ леченіи наблюдаются весьма часто рецидивы (Vassmer). Послѣ благоприятныхъ наблюденій надъ другими мѣстными бугорчатыми пораженіями (страданія костей и суставовъ) нужно признать право гражданства за аналогичными лечебными методами и для туберкулеза половыхъ органовъ.

Несмотря на повторныя сообщенія о случаяхъ, гдѣ туберкулезный эндометритъ былъ будто-бы излечиваемъ путемъ выскабливанія съ соответствующимъ послѣдовательнымъ леченіемъ (Negar, Michaelis, Vassmer, Halbertsma, Walther, см. также нашъ случай, изображенный на рис. 291). — Несмотря, далѣе, на стремленіе къ консервативной терапій, проявляющееся въ работахъ А. Martin'a и его учениковъ, особенно Jung'a, цѣлый рядъ авторовъ съ весьма большимъ опытомъ (Döderlein, Fehling, Schauta, Pozzi и др.) предлагаютъ въ подобныхъ случаяхъ, какъ болѣе правильный методъ, полную экстирпацію больного органа. Тѣмъ болѣе, что при этомъ мы имѣемъ возможность осмотрѣть придатки и въ случаѣ надобности удалить ихъ вмѣстѣ съ маткой. По тѣмъ же соображеніямъ при пораженіи бугорчаткой влагалищной части нужно отказываться отъ высокой ампутаціи, такъ какъ мы никогда не можемъ быть увѣрены въ томъ, что тѣло матки уже не вовлечено въ процессъ.

При бугорчаткѣ трубъ слѣдуетъ поступать такъ же, какъ и при всякомъ другомъ воспалительномъ пораженіи этихъ органовъ, т. е. извѣкать не только трубы, но и матку. Мы рекомендуемъ въ подобныхъ случаяхъ, вмѣстѣ со многими авторами (особенно Veit'омъ и Negar'омъ) и вопреки Hofmeier'y, производить радикальную абдоминальную операцію.

При безболѣзненныхъ, мало распространенныхъ бугорчатыхъ пораженіяхъ половой сферы часто бываетъ лучше, однако, не оперировать, а ограничиться лекарственно-діететическимъ леченіемъ, такъ какъ и при немъ наблюдалось излеченіе (Altherthum, Veit, Sellheim, Martin, Jung). Если мы для женскаго полового туберкулеза примемъ леченіе, предложенное Goldberg'омъ для мужской мочеполовой системы, то слѣдуетъ назначать главнымъ образомъ креозотъ, гваяколь и ихтіолъ. Конечно, эти средства дѣйствуютъ главнымъ образомъ на почечно-пузырныя пораженія и устраняютъ преимущественно субъективныя страданія. Иногда въ та-

нихъ случаяхъ можно бываетъ наблюдать благопріятный эффектъ отъ втираній зеленого мыла.

Каково-бы ни было наше внимательство, во всякомъ случаѣ мы должны предварительно принять въ соображеніе общее состояніе больной и туберкулезныя пораженія въ другихъ частяхъ организма. Прежде всего слѣдуетъ обратить тщательное вниманіе на легкія, которыя особенно часто служатъ первичнымъ очагомъ бугорчатки. Въ такихъ осложненныхъ случаяхъ оперативное леченіе можетъ иногда вызвать вспышку болѣзни (Polaris). Цельзя также никогда упускать изъ виду общаго леченія, особенно у молодыхъ субъектовъ, и соотвѣствующій современнымъ возрѣніямъ общій режимъ долженъ быть примѣненъ у больныхъ какъ передъ операцией, такъ и послѣ нея.

Опубликованные Hegar'омъ и Wiedow'ымъ благопріятные результаты оперативнаго вмѣшательства являются весьма ободряющими. Наблюденія Hofmeier'a, Franqué и наши вполне совпадаютъ съ ними. Такимъ образомъ прогностика здѣсь является отнюдь не столь неблагопріятною, какъ это думали до начала оперативной эры.

Что касается инъекцій туберкулина Koch'a, которыя весьма часто употребляли (Viatte) при туберкулезѣ наружныхъ половыхъ органовъ (lupus), то онѣ оказались безуспѣшными. Сообщаемые Birnbaum'омъ результаты леченія туберкулиномъ бугорчатки пупыря и брюшины заслуживаютъ, однако, высокаго вниманія.

При леченіи бугорчаткаго перитонита мы также должны, въ настоящее время, индивидуализировать отдѣльные случаи, а именно, принимать въ расчетъ общее состояніе больныхъ, силы организма, вирулентность возбудителей инфекціи, циркуляціонныя отношенія, открытое или закрытое положеніе исходнаго пункта инфекціи и отношеніе болѣзненнаго фокуса къ сосѣднимъ частямъ (сращения и мозоли кругомъ). Взгляды старыхъ клиницистовъ (Ziemssen, Eichhorst) на абсолютно неблагопріятный прогнозъ и безсиліе терапіи при бугорчаткѣ брюшины несомнѣнно не могутъ считаться правильными. Съ другой стороны, однако, нельзя не признать, что прежній скептицизмъ слишкомъ скоро замѣнился противоположною крайностью. Неправильныя діагнозы, особенно при осумкованныхъ формахъ бугорчаткаго асцита, повели къ примѣненію лапаротоміи и опороченію этимъ путемъ эксудата (Spencer Wells, König въ 1884 г.), а отсюда возникли основанія рекомендовать лапаротомію при бугорчаткѣ брюшины съ лечебною цѣлью. Въ литературѣ быстро накопился цѣлый рядъ почти исключительно благопріятныхъ сообщеній различныхъ операторовъ (Kümmel, Pic, Lindfors, Philips, Lindner, Aldibert, Rörsch и др.). Не подвергася критикѣ статистика взяла верхъ; въ скоромъ времени къ лапаротоміи стали прибѣгать безъ разбора; хирургическій способъ былъ объявленъ единственно-цѣлебнымъ при бугорчатомъ перитонитѣ. König опредѣлялъ процентъ излеченія этой болѣзни путемъ брюшинаго разрыва равнымъ 65, Rörsch (1893 г., 358 случаевъ) — 70, Philips, собравъ 130 случаевъ, лишь въ 21 не могъ констатировать улучшенія. Въ дальнѣйшемъ, однако, дѣло стало на болѣе правильный путь въ томъ отношеніи, что слѣдующіе авторы (Maggiaruzzi, S. Thomas, Krenski, Pore и др.) ограничились

уже разборомъ результатовъ брюшинного разрыва только при асцитической формѣ и вмѣстѣ съ тѣмъ стали больше говорить только о первичныхъ излеченіяхъ послѣ операціи. Цифры излеченія продолжали при этомъ колебаться между 67 и 85%. Онѣ, однако, понизились, когда исследователи стали обращать вниманіе на стойкость результатовъ (втеченіе 3 лѣтъ): даже у хирурговъ (Czerny, Mikulicz, Rotter, Kocher, Löhlein и др.) это пониженіе дошло до 58—43%. Здоровая критика все болѣе и болѣе стала выступать противъ несообразныхъ цифръ первоначальныхъ статистиковъ. Обнаружилась и реакція со стороны представителей внутренней медицины. Правда, выводы послѣднихъ съ точки зрѣнія нашихъ современныхъ знаній должны быть признаны чрезчуръ рѣзкими и справедливо заслуживающими возраженія (Pagenstecher, H. W. Freund), тѣмъ не менѣе все же они способствовали выясненію вопроса и установкѣ правильныхъ показаній для оперативнаго вмѣшательства при опредѣленныхъ формахъ бугорчатка перитонита.

Esperenchied пытался разобрать случаи неблагоприятныхъ результатовъ чревосѣченія при бугорчаткѣ брюшины. Полученныя имъ цифры являются различными въ зависимости отъ того, была ли принимаема во вниманіе послѣдующая смерть отъ туберкулеза другихъ органовъ, или нѣтъ. Въ первомъ случаѣ процентъ смертности при самыхъ благоприятныхъ формахъ повышается до 43%, между тѣмъ какъ *peritonitis tuberculosa sicca* даетъ 72% неблагоприятныхъ исходовъ немедленно послѣ операціи. Если разбирать отдаленные результаты операціи, то число неблагоприятныхъ исходовъ повышается тѣмъ значительнѣе, чѣмъ болѣе времени послѣ операціи длилось наблюденіе. Правда, явный процессъ подъ влияніемъ оперативнаго вмѣшательства проходитъ, но больныя рано или поздно становятся жертвою бугорчатки другихъ органовъ. Отдѣльные наблюдатели идутъ въ этомъ отношеніи такъ далеко, что не видятъ въ лапаротоміи момента, способствующаго излеченію, а, напротивъ, думаютъ, что безъ оперативнаго вмѣшательства процентъ излеченій бываетъ больше, чѣмъ послѣ такового (Borchgrevink, Rose). При строгой критикѣ, 500 случаевъ туберкулезнаго перитонита, описанныхъ въ литературѣ, дали послѣ операціи лишь 23,3% стойкихъ излеченій (понимая подъ стойкимъ излеченіемъ отсутствіе возвратовъ втеченіи 3 лѣтъ) для асцитической формы и только 9,8% — для слипчивой (Wunderlich). Дальше всего противъ оперативнаго леченія бугорчатки брюшины идетъ Borchgrevink, по мнѣнію котораго при стационарныхъ формахъ болѣзни операція излишня, а при прогрессивныхъ опасна, и который обращаетъ вниманіе на благоприятное теченіе консервативно веденныхъ случаевъ. По этому автору, успѣхи оперативнаго леченія зависятъ не оттого, что больнымъ сдѣлали операцію, а оттого, что операторы имѣли дѣло со случаями, гдѣ излеченіе уже началось. Последнее останавливается лишь благодаря творожистому перерожденію.

Весьма важенъ фактъ, установленный на основаніи вскрытій, произведенныхъ послѣ операціи, что лапаротомія можетъ имѣть своимъ результатомъ полное излеченіе бугорчатки брюшины даже и въ анатомическомъ смыслѣ (Sippel, Körte, Israel и др.).

Впрочемъ, несмотря на исчезновеніе асцита, иногда можно бываетъ, при повторныхъ лапаротоміяхъ, даже и спустя годы встрѣтить узелки на брюшинѣ (Jordan, Jaffe, Herzfeld, Körte). Необходимо, далѣе, помнить, что больные, страдающіе бугорчатымъ перитонитомъ, болѣею частью погибаютъ не отъ этой болѣзни, а отъ распространенныхъ бугорчатыхъ измѣненій въ другихъ важныхъ органахъ. При бугорчаткѣ брюшины лишъ пихаксія, обусловленная длительной лихорадкой, ослабленіемъ питаніемъ и хроническимъ выпоеніемъ, можетъ повести къ летальному исходу. Безъ всякаго сомнѣнія, цѣлый рядъ болѣе легкихъ случаевъ можетъ окончиться полнымъ выздоровленіемъ при одномъ примѣненіи діетическихъ и физіотерапевтическихъ мѣръ. Опытъ учитъ, далѣе, что въ известной категоріи случаевъ съ замедленнымъ всасываніемъ экссудата, какъ это бываетъ и при плевритахъ, оперативное леченіе въ формѣ выпускающаго экссудата оказываетъ безспорно ускоряющій эффектъ на процессъ излеченія: такой же эффектъ, въ другой категоріи случаевъ, даетъ оперативное удаленіе осумкованныхъ казеозныхъ массъ. Отсюда слѣдуетъ, что, при оперативномъ леченіи бугорчатого перитонита, не слѣдуетъ поступать шаблонно, а надо выбирать подходящіе для этого леченія случаи. Опасности этого леченія, на которыя такъ часто указывали прежде, въ настоящее время отошли на задній планъ: теперь мы можемъ избѣгать и инфекции, и послѣдовательнаго образованія коническихъ свищей (Körte). При правильномъ подборѣ случаевъ и выборѣ подходящаго времени, — именно, когда высшая стадія вирулентности процесса уже миновала, — операція въ общемъ дѣйствуетъ благоприятно, она доставляетъ облегченіе, улучшаетъ циркуляцію крови, способствуетъ удаленію ядовитыхъ продуктовъ, благоприятствуетъ резорбціи. Особенно показанною является она при больныхъ свободныхъ выпотахъ, гдѣ ее можно производить и при наличности умеренной лихорадки (Friedlander, Pagenstecher), а также при рѣзко выраженныхъ измѣненіяхъ трубъ, съ удаленіемъ которыхъ устраняется исходный пунктъ заболѣванія.

Въ настоящее время, согласно предложенію Bouilly, принято всѣмъ — послѣ вскрытія брюшной полости по поводу туберкулеза брюшины изслѣдовать трубы и processus vermicularis и, если эти органы окажутся пораженными, удалять ихъ. Конечно, это касается главнымъ образомъ тѣхъ случаевъ, когда данные органы представляютъ собою непосредственную исходную точку пораженія. Справедливость этого правила подтверждается рядомъ опубликованныхъ наблюденій (Terillon).

Иногда полное выздоровленіе достигается путемъ лишь повторенія операціи (Galvani d'Ursi).

Что касается предложенія Löhlein'a и Condamin'a, которые совѣтуютъ при бугорчаткѣ брюшины, вмѣсто лапаротоміи, дѣлать заднюю колпотомию, то мы не можемъ присоединиться къ нему, на основаніи вышесказанныхъ причинъ, хотя и признаемъ нѣкоторыя преимущества этого метода, указанные Baumgart'омъ (незначительный шокъ, меньшая опасность инфекции, болѣе короткое пребываніе въ постели); этотъ методъ требуетъ еще дальнѣйшаго

изученія, причѣмъ его слѣдуетъ примѣнять только въ извѣстныхъ случаяхъ (напр., при чрезмѣрномъ истощеніи больныхъ).

Дренажъ брюшной полости послѣ чревосѣченій (Mikulicz-Firschau) при туберкулезномъ перитонитѣ въ настоящее время совершенно оставленъ, тѣмъ болѣе, что теперь примѣняется обычно при этой операциіи возможно малый разрѣзъ.

Въ чемъ состоитъ суть благотворнаго вліянія чревосѣченія на бугорчатку брюшины, — это въ настоящее время не вполне выяснено, хотя многіе изслѣдователи изучали гистологическія измѣненія въ бугорчатыхъ гнѣздахъ послѣ лапаротоміи; эти изслѣдованія были производимы какъ у людей, такъ и у животныхъ, у которыхъ peritonitis tuberculosa вызывался экспериментально.

При сывороточныхъ формахъ, повидимому, здѣсь играютъ роль различныя моменты, прежде всего быстрое опорожнение экссудата черезъ разрѣзъ, благодаря которому получается высушивание брюшины, освобожденіе сдавленныхъ сосудовъ и чрезъ это — болѣе сильный приливъ крови (Hildebrand) и лучшее рассасываніе (Vierordt и др.); далѣе, здѣсь играютъ роль фагоцитозъ и фиброзное превращеніе бугорковъ (осумкованіе ихъ посредствомъ новообразованной соединительной ткани, (Bumm, H. Freund, d'Urso, Baciocchi). Этотъ послѣдній способъ излеченія безъ сомнѣнія зачастую встрѣчается, при клинически-благоприятныхъ формахъ (умѣренное высыпаніе узелковъ, типичныя, небогатыя лейкоцитами серьезные бугорки, фиброзная периферія, Borchgrevinck), и самопроизвольно. Но относительно деталей этого процесса во взглядахъ авторовъ не существуетъ единства. Kahlden смотритъ, напр., на фиброзное превращеніе, какъ на вторичный процессъ, какъ на признакъ прогрессирующаго излеченія. Зачастую, однако, при туберкулезѣ наблюдается обильное разрастаніе соединительной ткани безъ того, чтобы процессъ остановился. Gatti относитъ излеченіе насчетъ медленно совершающагося перерожденія эпителиоидныхъ клѣтокъ. Въ послѣднее время приписываютъ большое значеніе и дѣйствию антитоксидновъ resp. алексидновъ (Buschner).

Равнымъ образомъ для объясненія цѣлебнаго дѣйствія лапаротоміи при туберкулезномъ перитонитѣ указывали на примѣняемыя при операциіи антисептическія средства, на дѣйствіе дневнаго свѣта (Lauenstein) и атмосфернаго воздуха (вдуванія воздуха, Mosetig, Nollen); факторы эти, однако, по всей вѣроятности не имѣютъ существеннаго значенія. Указаніе на то, что излеченіе послѣ лапаротоміи при туберкулезномъ перитонитѣ достигается, благодаря образованію сращеній, т. е. переходу асцитической формы въ сухую сплывающую (König, Jaffe, Philips, Esprenschied и др.), опровергается повторными лапаротоміями, при которыхъ можно было констатировать *resstitutio ad integrum* безъ всякихъ сращеній (Jordan). Противъ значенія, приписываемаго устраненію сдавливанія сосудовъ, говоритъ безрезультатность пункций при бугорчаткѣ брюшины.

Относительно дѣйствія операциіи при сухой и гнойной формахъ перитонита ничего неизвѣстно, хотя несомнѣнно и при этихъ формахъ лапаротомія иногда даетъ излеченіе (Gluck, H. W. Freund). Замѣчательно, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ излеченіе бугорчатки

брюшины даетъ толчекъ къ излеченію бугорчатки и въ другихъ органахъ (Vierordt, Merkel, Israel).

## VI. Вліяніе половой жизни на имѣющійся въ организмѣ туберкулезъ. — Бугорчатка плаценты.

Относительно вліянія беременности и родовъ на туберкулезные процессы въ организмѣ, особенно на легочную бугорчатку, имѣется цѣлая литература. Здѣсь господствуетъ, при этомъ, односторонняя точка зрѣнія: большинство авторовъ, начиная съ Grisolle'я, склонны признавать, въ качествѣ правила, неблагоприятное вліяніе беременности на бугорчатку, такъ что нѣкоторые крайніе представители этого взгляда считаютъ бугорчатку абсолютнымъ показаніемъ къ прерыванію беременности (Magagliano). Однако рациональнѣе будетъ и здѣсь различать случаи разныхъ категорій и не ставить показаній къ прерыванію беременности безъ всякаго разбора. Необходимо принять за правило — прибѣгать къ этой мѣрѣ лишь тамъ, гдѣ болѣе или менѣе продолжительное тщательное наблюденіе удостоверяетъ, что беременность дѣйствительно оказываетъ неблагоприятное вліяніе на бугорчатый процессъ. Критическое отношеніе къ этому вопросу начинается за послѣднее время все болѣе и болѣе пробивать себѣ дорогу и въ акушерской литературѣ.



Рис. 303. Бугорчатка мѣста прикрѣпленія плаценты. Рисунокъ представляетъ разрѣзанную спереди матку, черезъ 6 недѣль послѣ рожденія доношеннаго плода. На задней стѣнкѣ видно мѣсто прикрѣпленія плаценты, имѣющее видъ подушкообразнаго утолщенія съ поверхностными некротическими массами. На разрѣзѣ этого утолщенія видно большое количество затромбированныхъ сосудовъ и небольшое количество микроскопическихъ фокусовъ туберкулезнаго характера. Больной было 23 года. Смерть послѣдовала отъ остраго миліарнаго туберкулеза (легкія, селезенка, почки, печень, брюшина). Уже передъ беременностью имѣлись признаки туберкулезнаго пораженія верхушекъ легкіхъ. Пораженіе мѣста прикрѣпленія плаценты — частичное проявленіе общей бугорчатки.

Взрывъ острѣйшаго легочнаго туберкулеза, съ летальнымъ исходомъ, во время или тотчасъ послѣ пуэрперальнаго періода принадлежитъ къ числу самыхъ извѣстныхъ явленій. Быть можетъ, это галопирующее теченіе легочной чахотки въ послѣродовомъ періодѣ должно быть отнесено насчетъ родового акта, во время котораго имѣютъ мѣсто глубокія вдыханія, и такимъ образомъ можетъ возникнуть аспираціонное распространеніе бугорчатки изъ старыхъ, не распознанныхъ кавернъ; а можетъ быть, здѣсь играютъ также роль свойства крови родильницъ, измѣненія кровяного давленія и уменьшеніе сопротивляемости организма. Имѣетъ-ли здѣсь мѣсто

общая туберкулизація, а равно служить-ли исходнымъ пунктомъ ея матка, въ частности мѣсто прикрѣпленія плаценты, — это является еще вопросомъ. Многие изслѣдователи (Rokitansky, Breus, Geil, Schütt, Vassmer и др.) держатся этого взгляда, но можетъ быть, развитие бугорковъ въ мѣстѣ прикрѣпленія плаценты является и частичнымъ проявленіемъ процесса.

Во всякомъ случаѣ въ недавнее время были описаны рѣзкія бугорчатая измѣненія въ поверхностныхъ слояхъ мѣста прикрѣпленія послѣда и въ истинной отпадающей оболочкѣ (Schrumf, Kamann, Kürbitz).

Что бугорчатый процессъ можетъ развиваться и въ плацентарной ткани, это мы уже знаемъ на основаніи ряда достовѣрныхъ сообщеній (Schmorl, Koskel). Правда, такіе туберкулезные очаги столь же рѣдки, сколь и немногочисленны, но, во всякомъ случаѣ, они чрезвычайно интересны. Мы приведемъ описаніе случая Lehmann'a.

Плацента макроскопически имѣла нормальный видъ. На поверхности, обращенной къ маткѣ, а также и въ самой ткани плаценты находились рѣзко обособленные, отдѣльные, сѣрые, прозрачные, круглые узелки, величиною въ просяное зерно. Микроскопически эти фокусы обнаруживали характерныя измѣненія (центральный некрозъ, гигантскія клетки Langhans'a), и въ нихъ можно было доказать присутствіе туберкулезныхъ палочекъ. Въ то время, какъ эти типичныя туберкулы сидѣли внутри ворсинокъ хоріона, въ отпадающей оболочкѣ находились круглоклеточковыя туберкулы.

Наши собственные многочисленныя изслѣдованія плаценты женщинъ, которыя погибли въ послѣродовомъ періодѣ отъ легочной чахотки, или еще во время беременности страдали тяжелыми пораженіями легкихъ бугорчаткой, — всѣ дали отрицательный результатъ. Если дѣтское мѣсто уже макроскопически не представляетъ замѣтныхъ для глаза измѣненій, то надежда найти эти измѣненія подъ микроскопомъ является весьма малою. По Schmorl'ю, въ подобныхъ случаяхъ надо пересмотрѣть сотни срѣзовъ, чтобы наткнуться на одинъ микроскопическій фокусъ.

Вопросъ о возможности перехода бугорчатыхъ бактерій отъ материкъ плоду черезъ плаценту считается въ настоящее время рѣшеннымъ въ положительномъ смыслѣ. Будучи уже давно доказанной для животныхъ, особенно для телятъ (Johne, Usokog и др., см. также отдѣлъ объ экспериментальныхъ данныхъ), плацентарная передача бугорчатки точно установлена для человѣка лишь благодаря изслѣдованіямъ Birch-Hirschfeld'a и Schmorl'я (1891). Бугорчатая же палочка и ихъ патологическіе продукты были найдены въ человеческомъ плодѣ Merkel'емъ, Demme, Stückel'емъ и Sarwey'емъ, вслѣдствіе чего ученіе Baumgarten'a о врожденномъ туберкулезѣ получило новое вѣское доказательство.

Наблюденіе Kürbitz'a, однако, свидѣтельствуетъ, что даже при сильно развитой бугорчаткѣ мѣста прикрѣпленія плаценты плодъ является хорошо защищеннымъ отъ нея, благодаря значительной фильтрационной способности Nitausch'овскаго слоя, и благодаря тому, что сосуды плода являются закрытыми со стороны матери.

## Глава XXV.

### Сепсисъ.

Ernest'a Bumm'a.

Заболѣванія, обнимаемая понятіемъ sepsis, встрѣчаются въ области женскихъ половыхъ органовъ весьма часто. Слово sepsis (отъ *σῆπω* — гнію) означаетъ, собственно говоря, гніеніе, но за послѣднія десятилѣтія оно получило въ наукѣ гораздо болѣе общій смыслъ. Въ настоящее время подъ этимъ словомъ понимаютъ такія заболѣванія, которыя вызываются проникновеніемъ въ раны тѣла извѣстныхъ микроорганизмовъ, причемъ заболѣванія эти или протекаютъ какъ мѣстное воспаленіе раны и окружающихъ ее частей, или же, исходя отъ раны, распространяются дальше и поражаютъ весь организмъ. Чтобы выразить нѣмецкимъ словомъ теперешнее значеніе понятія sepsis, мы должны употребить слова „Wundverseuchung“ (раневаая инфекция), или „Wundvergiftung“ (отравленіе раны), или, когда процессъ дѣлается общимъ, „Blutvergiftung“ (отравленіе крови).

Патогенезъ. Раны, которыя могутъ сдѣлаться входной дверью для септической инфекции, встрѣчаются въ женскихъ половыхъ частяхъ до наступленія половой зрѣлости и послѣ климактерія весьма рѣдко. Но зато тѣмъ чаще онѣ встрѣчаются и тѣмъ разнообразнѣе бываютъ въ періодъ половой зрѣлости и дѣтороженія. Сюда, прежде всего, относятся тѣ раны, которыя необходимымъ образомъ возникаютъ при каждахъ родахъ, и зараженіе которыхъ ведетъ, какъ извѣстно, къ своеобразной формѣ сепсиса — къ послѣродовой горячкѣ. Но не только роды послѣ срочной беременности, а и каждый абортъ оставляетъ послѣ себя раны, почему ранній перерывъ беременности нерѣдко является поводомъ для септического заболѣванія, происхожденіе котораго кажется на первый взглядъ загадочнымъ. Кромѣ того, раневыя поврежденія половыхъ частей могутъ возникать вслѣдствіе половыхъ сношеній и мастурбаціи или причиняются случайно при терапевтическихъ мѣропріятіяхъ, — при сирипцеваніяхъ и прижиганіяхъ, при введеніи зонда, зеркала или пессаріевъ. Плохо прилаженные или жесткіе пессаріи и другія постороннія тѣла могутъ, благодаря давленію, вызывать на стѣнкахъ рукава язвы, черезъ которыя могутъ проникнуть септическіе зародыши. Наконецъ, мы, врачи, при нашихъ операціяхъ дѣлаемъ нарочно раны, которыя въ общемъ мы въ состояніи предохранить отъ септической инфекции, однако это встрѣчается не всегда.

Этіологія. Сепсисъ не вызывается какимъ-нибудь однимъ



только микроорганизмовъ. Чѣмъ точнѣе изучали септическія заболѣванія, тѣмъ яснѣе оказывалось, что различные микроорганизмы обладаютъ способностью поселяться въ ранахъ и обуславливать воспаленіе, лихорадку и всѣ прочіе симптомы сепсиса. Зародыши, которые здѣсь должны быть приняты во вниманіе, могутъ быть подраздѣлены на двѣ большія группы.

1. Одни зародыши могутъ размножаться только на мертвомъ субстратѣ или въ тканяхъ, жизненность которыхъ значительно ослаблена; поэтому они могутъ жить и развиваться только на некритической поверхности ранъ и въ секретѣ послѣднихъ. Самыми главными представителями этой группы бактерий является гнилостные микроорганизмы, которые весьма разнообразны и имѣютъ видъ палочекъ и кокковъ. Подобно тому, какъ дрожжевыя клѣтки при своемъ размноженіи разлагаютъ содержащуюся въ питательной средѣ сахаръ на алкоголь и углекислоту, такъ и гнилостныя бактерии, при своемъ развитіи въ раневомъ секретѣ, разлагаютъ послѣдній, причемъ получаютъ ядовитыя вещества (токсины), которые всасываются изъ раны и вызываютъ лихорадку. Типическимъ примѣромъ вліянія гнилостныхъ бактерий является каждая рана, секретъ которой содержитъ такіе микроорганизмы и въ которой вслѣдствіе застоя образуется болѣе высокое давленіе. Тогда происходитъ всасываніе гнилостныхъ продуктовъ, и появляется лихорадка. Если же застоявшійся секретъ опорожнится, рана будетъ промыта, и будутъ устранены гнилостныя яды, то всасываніе послѣднихъ прекращается, и температура возвращается къ нормѣ. Отравленіе гнилостными продуктами называютъ интритной интоксикаціей, септрэмией, токсеміей или резорбціонной лихорадкой. Подобно гнилостнымъ бактеріямъ относятся къ ранамъ дифтерійныя, столбнячныя и кишечныя палочки. Послѣдніе три вида бактерий тоже могутъ размножаться только на наружной поверхности раны и отличаются отъ гнилостныхъ бактерий лишь тѣмъ, что вырабатываютъ особенно ядовитыя, специфически дѣйствующія вещества (дифтерійный токсинъ, столбнячный токсинъ).

2. Ко второй группѣ бактерий, играющихъ роль въ происхожденіи сепсиса, относятся тѣ виды микробовъ, которые имѣютъ инвазіонныя свойства, т. е. которые могутъ сопротивляться вредному для бактерий вліянію клѣтокъ и соковъ тѣла, вслѣдствіе чего могутъ проникать въ живыя ткани и здѣсь размножаться. Эти бактерии гораздо опаснѣе гнилостныхъ, ибо, между тѣмъ какъ гнилостныя зародыши вегетируютъ только на наружной поверхности раны и сравнительно легко доступны дѣйствію нашихъ дезинфицирующихъ средствъ, вышесказанные зародыши вырабатываютъ свои ядовитые продукты обмѣна веществъ внутри тканей, вслѣдствіе чего доступъ къ нимъ является весьма затруднительнымъ, и выздоровленіе больныхъ зависитъ въ большинствѣ случаевъ исключительно отъ того, побѣдятъ-ли выслаемые реагирующимъ на вторженіе бактерий организмомъ клѣтки, которыя устремляются къ находящемуся въ опасномъ мѣстѣ, или же онѣ останутся побѣжденными. Въ противоположность гнилостной раневой и интоксикаціи, которая, согласно вышесказанному, состоитъ во всасываніи гнилостныхъ ядовъ съ наружной поверхности раны, проникновеніе зародышей въ жи-

вую ткань организма называютъ раневой инфекціей. Самые извѣстные и самые распространенные микроорганизмы, вызывающіе раневую инфекцію, — это *streptococcus pyogenes* (гноеродный цѣпочечный коккъ) и *staphylococcus pyogenes* (гноеродный гроздекоккъ, золотистый и бѣлый). Эти зародыши отличаются отъ другихъ патогенныхъ бактерій тѣмъ, что ихъ вирулентность (т. е. ихъ инвазіонная сила) можетъ весьма быстро измѣняться въ большихъ предѣлахъ. Тотъ же самый стрептококкъ или стафилококкъ, который въ однихъ случаяхъ вызываетъ поверхностное нагноеніе раны, напр., легкой лаварицій, — можетъ сдѣлаться настолько ядовитымъ, что въ другихъ случаяхъ вызываетъ неудержимо распространяющуюся флегмону, оканчивающуюся въ теченіе немногихъ дней смертью вслѣдствіе общаго сепсиса. Вирулентность этихъ бактерій при ростѣ ихъ въ живомъ организмѣ быстро усиливается; перенося ихъ съ одного животного на другое, мы можемъ получить чрезвычайно вирулентныя культуры стрептококковъ, такъ что 0,00000001 часть такой бульонной культуры убиваетъ кролика въ теченіе 2—3 дней. Это совершенно согласуется съ наблюденіями надъ людьми, такъ какъ у нихъ самымъ вреднымъ образомъ дѣйствующими оказываются тѣ зародыши, которые въ свѣжемъ видѣ переносятся на здоровый организмъ съ инфицированнаго; зародыши же, которые попадаютъ въ пыли и т. п., далеко не столь опасны для ранъ.

Формы сепсиса. Теперь мы перейдемъ къ обзорѣню отдѣльныхъ формъ сепсиса, локализирующагося въ женскихъ половыхъ органахъ.

## 1. Гнилостная интоксикація (*intoxicatio pudrita*).

Раневая лихорадка, вызванная всасываніемъ ядовитыхъ гнилостныхъ веществъ, наблюдается у женщинъ наиболее часто въ послѣродовомъ періодѣ, когда застоявшіеся лохіи, оставшіеся въ маткѣ стучки крови, яичевыя оболочки или остатки плаценты доставляютъ питательный матеріалъ для гнилостныхъ микробовъ, а интенсивно всасывающая свободная поверхность маточной полости быстро впитываетъ въ себя образовавшіеся яды. Но возникновеніе такой резорбціонной лихорадки съ локализацией болѣзненнаго очага въ половомъ каналѣ можетъ встрѣчаться также и въ пуэрперальномъ періодѣ. Хорошимъ примѣромъ въ этомъ отношеніи являются распадающіяся фибромы или гніющіе ступья, оставшіеся послѣ чрезмерно сильныхъ прижиганій эндометрія. Процессъ здѣсь идетъ совершенно такъ же, какъ и при гніющихъ остаткахъ плаценты у родильницъ. Нагноенія во влагалищѣ, вызываемыя раздражающими или разлагающимися посторонними тѣлами, вызываютъ лихорадку лишь въ тѣхъ случаяхъ, когда одновременно имѣются язвы, облегчающія всасываніе гнилостныхъ веществъ. Неповрежденный, толстый, плоскій эпителий рукава мѣшаетъ сильному всасыванію, какъ это доказываетъ безлихорадочное вытеканіе черезъ влагалище карциноматознаго распада или разложившихся лохій. Далѣе, типическая резорбціонная лихорадка возникаетъ въ тѣхъ случаяхъ, когда, при

нечистой пункції яичниковой кистомы, въ послѣднюю будутъ занесены зародыши, которые постепенно превращаютъ содержимое кисты въ гнилостную массу. Наконецъ, резорбціонную лихорадку мы наблюдаемъ всегда при тѣхъ операціонныхъ вмѣшательствахъ, когда раневые секреты разлагаются, но не могутъ свободно оттекать наружу, вслѣдствіе-ли слипанія краевъ раны, или вслѣдствіе недостаточнаго ея дренажа.

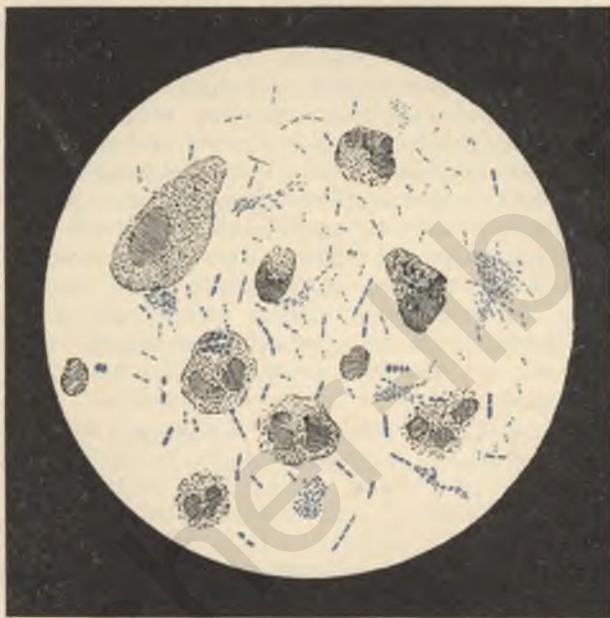


Рис. 304. Лохіи при гнилостномъ разложеніи. Видны палочки и кокки самыхъ разнообразныхъ формъ.

Такъ какъ гніеніе развивается постепенно, то и лихорадка при гнилостной интоксикаціи наступаетъ обыкновенно медленно, и лишь тамъ, гдѣ оттокъ разлагающихся секретовъ былъ задержанъ внезапно, температура подымается быстро, причемъ это сопровождается ознобомъ. Пульсъ и общее состояніе больныхъ при простой резорбціонной лихорадкѣ бывають всегда удивительно хороши.

Главная задача леченія гнилостной лихорадки состоитъ въ томъ, чтобы удалить изъ организма мертвыя, гніющія тканевыя массы и обезпечить возможно свободный оттокъ раневыхъ секретовъ. Антисептическія промыванія помогаютъ очищенію полости раны; однако примѣненіе исключительно однихъ только промываній не имѣетъ никакой цѣны, такъ какъ они не въ состояніи уничтожить гнѣздящихся въ мертвыхъ тканяхъ микробовъ и не могутъ воспрепятствовать дальнѣйшему гніенію, напр., кусковъ плаценты или нагноившагося міоматознаго узла, оставшихся неудаленными. Поэтому при гнилостной интоксикаціи, исходящей изъ разлагающихся массъ въ полости матки, надо первоначально производить опорожненіе

матки отъ этихъ массъ и затѣмъ уже прибѣгать къ обеззараживающимъ промываніямъ. Совершенное освобожденіе матки отъ гнилостныхъ массъ производится усиліями самаго организма: оставшіяся некротическія частицы отторгаются путемъ обильнаго нагноенія. Процессъ этотъ сказывается и на свойствахъ маточнаго отдѣлимаго: первоначально гнилостный и въ высшей степени зловонный, секретъ матки постепенно дѣлается гнойнымъ и, послѣ того какъ отторженіе мертвыхъ частей будетъ закончено, лишеннымъ запаха. Наконецъ, когда очистившіяся раны покроются эпителиемъ, онъ становится чисто-слизистымъ.

## 2. Септическая инфекция.

Зародыши раневой инфекции въ половой сферѣ могутъ, вслѣдствіе энергичной реакціи организма, сдѣлаться безвредными еще внутри раны, и вслѣдствіе этого ихъ дальнѣйшее распространеніе въ организмѣ можетъ быть задержано. Въ такихъ случаяхъ инфек-



Рис. 305. Секретъ при септическомъ эндометритѣ. Изъ микробовъ видны лишь стрептококки, частью лежащіе свободно между клетками, частью расположенные въ протоплазмѣ фагоцитовъ.

ціонный процессъ ограничивается раною и ближайшими ея окрестностями, и мы имѣемъ дѣло съ инфицированными ранами вульвы и влагалища, съ локализованнымъ септическимъ эндометритомъ, а при дальнѣйшемъ проникновеніи зародышей вверхъ — съ локализованнымъ септи-

ческимъ салпинго-оофоритомъ. Если же сохранившіе свою ядовитость микроорганизмы проникнуть дальше, то дальнѣйшее ихъ распространеніе можетъ происходить или по лимфатическимъ путямъ, или по кровеноснымъ сосудамъ, или же по тѣмъ и по другимъ вмѣстѣ. Распространеніе септическихъ микробовъ по лимфатическимъ путямъ ведетъ къ образованію флегмоны тазовой клѣтчатки и далѣе къ инфекціи брюшины, распространеніе же по кровеноснымъ путямъ ведетъ къ тромбозу пазхи и септицеміи.

#### а) Инфицированныя раны вульвы и влагалища.

Раны вульвы и влагалища, — все равно, возникаютъ-ли онѣ вслѣдствіе родильныхъ травмъ, или случайныхъ поврежденій, или оперативнаго внимательства, — позволяютъ легко распознать имѣющуюся налицо септическую ихъ инфекцію, если ихъ обнажить и сдѣлать доступными зрѣнію. Вмѣсто здороваго, краснаго основанія, при инфекціи раны мы замѣчаемъ налетъ, покрывающій ее, то въ видѣ тонкой, сѣрой вуали, то въ видѣ толстой, салной пленки. Этотъ налетъ отнюдь не является фибринознымъ, дифтеритическимъ выпотомъ, но образуется вслѣдствіе болѣе или менѣе глубоко проникающаго некроза пораженныхъ микроорганизмами слоевъ ткани. Если въ ранѣ имѣются налицо только септические бактеріи (стрептококки или стафилококки), то налетъ бываетъ бѣловатаго цвѣта и безъ запаха, если же, при дальнѣйшемъ теченіи болѣзни, къ нему присоединятся гнилостныя бактеріи, то налетъ получаетъ коричневый отѣнокъ, дѣлается маркимъ и вонючимъ.

Окружность инфицированной раны краснѣетъ, а края раны припухаютъ. Съ промежности и вульвы эта припухлость распространяется обыкновенно на губы и клиторъ въ формѣ отека: уже одно присутствіе послѣдняго позволяетъ догадываться о наличности инфекціи еще прежде, чѣмъ мы увидимъ рану.

На границѣ между некротической наружной поверхностью раны и жизнеспособной еще тканью весьма рано возникаетъ грануляціонный поясъ, образуемый густою инфильтраціей соединительной ткани лейкоцитами. Этотъ поясъ мѣшаетъ дальнѣйшему проникновенію микробовъ и одновременно съ этимъ обуславливаетъ собою отторженіе мертваго слоя ткани путемъ нагноенія. Мы можемъ прослѣдить, какъ сначала въ отдѣльныхъ мѣстахъ раны, а потомъ и на всемъ ея протяженіи налетъ отторгается, и изъ-подъ него выступаютъ здоровыя грануляціи — «рана очищается». Лишь послѣ очищенія раны можетъ наступить окончательное ея заживленіе путемъ нарастанія эпителия съ краевъ.

Мѣстныя явленія, вызываемыя инфицированными ранами вульвы и влагалища, — это боли и усиленная секреція. Раны въ глубинѣ влагалища вызываютъ глухое, не имѣющее опредѣленной локализаціи опущеніе боли въ тазу, раны же вульвы даютъ гораздо болѣе ясное впечатлѣніе воспалительной боли, усиливающейся при мочеиспусканіи до сильнаго жженія. Секретъ сначала гадокъ и серозенъ, но постепенно, по мѣрѣ того, какъ увеличивается въ немъ

примѣсь лейкоцитовъ, дѣлается гнойнымъ; въ немъ всегда можетъ быть доказана наличность инфицирующихъ бактерій.

Общая реакція организма при инфицированныхъ ранахъ вульвы и рукава выражается лихорадкой, которая иногда начинается ознобомъ и продолжается вплоть до образованія около воспалительнаго очага демаркаціоннаго пояса.

Леченіе должно быть начинаемо съ открытія раны. Если на послѣднюю наложены швы, — ихъ слѣдуетъ удалить, чтобы оттокъ секрета могъ происходить вполне свободно. Покрытая нескротическимъ налетомъ поверхность раны должна быть ежедневно энергически прижигаема *tinctura jodi*, которая отчасти убиваетъ бактеріи, а отчасти способствуетъ образованію грануляцій. При гноящихся ранахъ рекомендуютъ накладывать на нихъ кусочки марли, пропитанной 3% растворомъ уксуснокислаго глинозема, хлорной водой или 3% растворомъ перекиси водорода. Если образуются уже грануляціи, то достаточно промывать рану ежедневно тѣми же растворами.

### в) Септический эндометритъ.

Если септическіе зародыши попадутъ и привьются на пораненныхъ мѣстахъ слизистой оболочки шейки или маточнаго тѣла, то здѣсь повторяется тотъ же процессъ, что и при инфицированіи ранъ рукава. Въ настоящее время септический эндометритъ наблюдается почти исключительно у инфицированныхъ родильницъ, но онъ можетъ появиться и послѣ нечисто произведенныхъ расширеній шейкаго канала, зондированій, прижиганій, выскабливаній и т. п. манипуляцій на маткѣ, что бывало нерѣдко въ доантисептическое время.

Слизистую оболочку маточнаго тѣла чрезвычайно трудно сдѣлать доступной для осмотра, а потому и измѣненій, происходящихъ въ ней при септическомъ эндометритѣ, прослѣдить въ общемъ нельзя. Лишь при широко раскрытомъ маточномъ зѣвѣ мы можемъ замѣтить, что на слизистой оболочкѣ шейки появляется бѣлый налетъ, который иногда выполняетъ всю полость канала шейки толстыми пленками, постепенно отторгающимися во время выздоровленія. Наблюденія, сдѣланныя при вскрытіяхъ, показываютъ, что процессы, происходящіе при септическомъ эндометритѣ въ слизистой оболочкѣ маточнаго тѣла, совершенно аналогичны съ тѣми, какіе наблюдаются въ слизистой оболочкѣ шейки, а потому послѣдніе даютъ намъ ключъ къ пониманію первыхъ: то, что мы видимъ при помощи зеркала въ каналѣ шейки, вполне относится и къ полости тѣла матки.

Мѣстные боли, усиленная секретія и лихорадка — таковы симптомы септического эндометрита. Что касается тяжести этихъ симптомовъ, то въ этомъ отношеніи наблюдаются большія колебанія. Бываютъ случаи, когда болѣзнь выражается лишь небольшимъ повышеніемъ температуры, умѣренной чувствительностью матки и образованіемъ слабаго налета, причемъ весь процессъ заканчивается въ нѣсколько дней, и только наличность въ маточномъ секретѣ стрептококковъ указываетъ на то, что здѣсь дѣло дѣйствительно идетъ о септической инфекціи, но инфекціи мало вирулентными зародышами. Если же септическіе зародыши обладаютъ сильной вирулентностью, то всѣ симптомы получаютъ гораздо болѣе



серьезный характер. Заболевание начинается ознобомъ, температура повышается до 39—40°, общее состояние сильно ухудшается съ самаго начала: не только матка, но и вся подчревная область дѣлаются болѣзненными, а характерный налетъ на слизистой оболочкѣ является выраженнымъ очень рѣзко. Проходитъ недѣля и болѣе, пока, при продолжающейся сильной лихорадкѣ, секретія, которая имѣла сначала серьезный характеръ, не сдѣлается гнойною, налеты не отторгнутся, и поверхность эндометрія не очистится. Распространеніе инфекціи на параметрин и брюшину, а также общій сепсисъ при такихъ тяжелыхъ формахъ эндометрита отнюдь нередки: во время пuerperii, когда, вслѣдствіе богатаго развитія кровеносныхъ и лимфатическихъ сосудовъ на мѣстѣ прикрѣпленія плаценты, существуютъ особенно благоприятныя условія для проникновенія микроорганизмовъ, эндометрій почти исключительно является исходнымъ пунктомъ общей инфекціи.

При леченіи септического эндометрита долгое время было въ силѣ правило, что нужно дезинфицировать пораженную поверхность слизистой оболочки при помощи антисептическихъ средствъ. Но опыты надъ животными и практическія наблюденія надъ больными показали, что полной дезинфекціи пораженного эндометрія, т. е. умерщвленія всѣхъ патогенныхъ зародышей внутри инфицированной ткани, нельзя достигнуть даже путемъ самаго энергичнаго примѣненія антисептическихъ средствъ. Эти наблюденія относятся, правда, къ открытымъ ранамъ, но тѣмъ болѣе они справедливы для узкой, богатой углубленіями маточной полости. Такъ какъ, кромѣ того, введеніе инструментовъ въ послѣднюю легко можетъ сопровождаться новыми поврежденіями, которыя будутъ способствовать распространенію инфекціоннаго процесса, то при септическомъ эндометритѣ слѣдуетъ воздерживаться отъ всякаго мѣстнаго вмѣшательства. Особенно вреднымъ является выскабливаніе, при помощи котораго можно, пожалуй, на время удалить налетъ, но благодаря которому патогенные зародыши могутъ за то привиться на свѣже сдѣланной ранѣ, а также можетъ быть перфорированъ грануляціонный поясъ, которымъ организмъ сталъ ограждать себя отъ пораженныхъ частей для отраженія инфекціи. Итакъ, при разбираемой болѣзни лучше всего ограничиться антисептическими промываніями, да и то болѣе съ цѣлью устраненія образовавшагося раневого секрета, чѣмъ въ видахъ дезинфекціи, которая можетъ оказать свое дѣйствіе лишь на самые поверхностные слои раны. У родильницъ, у которыхъ шейка широко раскрыта, промывать можно безъ особаго раздраженія самую маточную полость, при септическомъ же эндометритѣ непурперальнаго происхожденія для внутриматочныхъ промываній нужно сначала сдѣлать цервикальный каналъ достаточно широкимъ при помощи искусственнаго расширенія, а такъ какъ подобное вмѣшательство при инфицированномъ органѣ недопустимо по вышеизложеннымъ соображеніямъ, и такъ какъ, съ другой стороны, внутриматочныя инъекціи дезинфицирующихъ средствъ (tinctura jodi, алкогольная сулема, йодоформная эмульсія) при помощи маточнаго шприца Вгаип'a не дадутъ особеннаго успѣха, то здѣсь слѣдуетъ ограничиться одними промываніями влагалища.

При септическомъ эндометритѣ все зависитъ отъ быстрой и энергичной реакціи организма, которая ведетъ къ скопленію надъ инфицированнымъ слоемъ ткани лейкоцитовъ, мѣшающихъ дальнѣйшему проникновенію септическихъ зародышей. При помощи соответствующаго общаго леченія мы можемъ помочь естественнымъ цѣлительнымъ силамъ. Особенно хорошія услуги оказываютъ въ этомъ отношеніи алкоголь и укрѣпляющее питаніе. Инфекціонная лихорадка скорѣе благоприятна для организма, чѣмъ вредна, а потому съ ней не слѣдуетъ бороться жаропонижающими средствами. Напротивъ, вырскиванія антистрептококковой сыворотки заслуживаютъ примѣненія, такъ какъ они помогаютъ быстрой локализациі процесса. Боли можно удерживать въ умѣренныхъ границахъ при помощи холода и наркотическихъ средствъ.

### с) Септическій сальпинго-оофоритъ.

Обыкновенно септическое воспаленіе эндометрія останавливается у маточныхъ отверстій трубъ, и микроорганизмы не проникаютъ въ тонкія просвѣты трубныхъ каналовъ. Если же зародыши проникнуть черезъ узкое устье, то они весьма быстро распространяются дальше по слизистой оболочкѣ трубъ, что сопровождается такими же явленіями, какія имѣютъ мѣсто при пораженіи эндометрія, т. е. развивается сильное воспаленіе съ некрозомъ наружныхъ поверхностей слизистой оболочки и секретія, имѣющая вначалѣ серозный характеръ, но скоро переходящая въ гнойную. Гной оттекаетъ черезъ абдоминальный конецъ трубы и инфицируетъ какъ тазовую брюшину, такъ и яичники, которые мы въ большинствѣ случаевъ и находимъ пронизанными гнойными фокусами. При счастливомъ теченіи обстоятельствъ около пораженныхъ придатковъ можетъ рано образоваться фибринозно-слистичное воспаленіе брюшины, которое ведетъ къ инкапсуляціи двойнаго очага у абдоминальнаго конца трубы и яичника: тогда образуется «опухоль придатковъ», которая имѣетъ капсулу изъ сросшихся частей кишекъ и сальника, а ядро которой составляетъ наполненная гноемъ труба и нагноившійся яичникъ. Если же инкапсуляціи вслѣдствіе фибрознаго воспаленія брюшины не наступитъ, то септическіе зародыши проникаютъ въ свободную брюшную полость, и тогда септическій сальпингитъ дѣлается исходной точкой для общаго септического перитонита, который обыкновенно оканчивается летально.

Симптомы септическаго сальпинго-оофорита маскируются вначалѣ заболѣванія симптомами септическаго эндометрита: но скоро весьма ясно выступаютъ явленія раздраженія брюшины: болѣзненность въ подчревной области, ослабленіе кишечной дѣятельности, вздутіе живота, налетъ на языкѣ, тошнота, рвота и малый, частый пульсъ. Особенно указываютъ на участіе трубъ въ этомъ процессѣ самопроизвольныя боли по бокамъ матки и большая чувствительность этихъ областей при давленіи. Когда пройдетъ острая стадія, то путемъ бимануальнаго изслѣдованія легко можно бываетъ констатировать существованіе односторонней или двусторонней «опухли придатковъ».

Терапія должна прежде всего помогать цѣлительнымъ силамъ



природы, которые стремятся къ осумкованію фокуса инфекціи путемъ слипчиваго воспаленія. Это достигается путемъ абсолютно спокойнаго положенія больной на спинѣ, избѣганіемъ всякаго движенія и всякаго мѣстнаго вмѣшательства, примѣненіемъ льда и, что самое важное, назначеніемъ большихъ дозъ морфія и опія, которые успокаиваютъ кишечную перистальтику и одновременно съ этимъ облегчаютъ боли. Если, несмотря на все эти мѣры, болѣзненность будетъ увеличиваться, напряженіе брюшныхъ стѣнокъ будетъ все возрастать, вздутіе кишекъ будетъ распространяться по направленію снизу вверхъ, то слѣдуетъ опасаться восходящаго перитонита и надо прибѣгнуть къ оперативному вмѣшательству, о которомъ рѣчь будетъ еще впереди. Если же, напротивъ, дальнѣйшее распространеніе инфекціоннаго процесса по брюшинѣ прекратится, и опасная стадія болѣзни пройдетъ, то дальнѣйшій образъ дѣйствій будетъ указываться самымъ ходомъ болѣзни. Если величина и чувствительность опухоли придатковъ постепенно уменьшаются, и она обнаруживаетъ склонность къ рубцеванію, то мы должны способствовать всасыванію при помощи мѣстнаго примѣненія тепла, препаратовъ іода и т. п.; этимъ путемъ можетъ наступить выздоровленіе, которое, правда, длится очень долго, и послѣ котораго остаются обширныя сращения какъ трубы, такъ и яичника. Если же болѣзненные припадки будутъ продолжаться, опухоль придатковъ будетъ расти, ходъ температуры тѣла приметъ характеръ гнойной лихорадки, и такимъ образомъ обнаружится существованіе значительныхъ гнойныхъ фокусовъ, которые уже не могутъ рассосаться, то надо прибѣгнуть къ вскрытію и дренированію абсцесса, а въ случаѣ надобности — и къ экстирпаціи нагноившихся органовъ.

#### d) Септическій параметритъ.

Если септическіе зародыши проникнутъ изъ инфицированной раны шейки или эндометрія въ лимфатическіе сосуды и по нимъ попадутъ въ рыхлую кѣтчатку широкихъ связокъ, то вызываютъ здѣсь флегмонозное воспаленіе, которое извѣстно подъ названіемъ параметрита; если же они распространяются еще дальше, то процессъ принимаетъ тогда названіе флегмоны тазовой кѣтчатки. Распространеніе инфекціоннаго процесса идетъ по анатомическимъ путямъ, существующимъ въ тазу благодаря связи отдѣльныхъ участковъ кѣтчатки между собою и полусхематически представленнымъ на рис. 364. Вслѣдствіе этого мы видимъ, что инфильтрація изъ параметрія распространяется или впереди — въ кѣтчатку, лежащую между пузырьемъ и шейкою, или къзади — вдоль Douglas'овыхъ складокъ въ параректальную кѣтчатку, или вверху въ ретроперитонеальную кѣтчатку. Еще болѣе частымъ является распространеніе воспаленія по направленію къ боковой стѣнкѣ таза, а отсюда вверхъ — въ подбрюшинную кѣтчатку передней стѣнки живота, гдѣ инфильтрація ткани можетъ дойти до пупка.

Гистологическія измѣненія при септической инфекціи тазовой кѣтчатки — тѣ же, что и при всякой флегмонѣ въ любомъ мѣстѣ тѣла. Микроорганизмы въ громадномъ количествѣ устремляются

впередъ по самымъ тонкимъ лимфатическимъ сосудамъ и такимъ образомъ въ короткое время инфицируетъ большія пространства соединительной ткани. Какъ вездѣ, такъ и здѣсь организмъ реагируетъ на инфекцію обильнымъ накопленіемъ лейкоцитовъ въ области инфицированной ткани. Дальнѣйшій ходъ процесса бываетъ различенъ въ зависимости отъ того, какъ дѣйствуютъ носители инфекции на ткань. Если они вызываютъ омертвѣніе пораженной клѣтчатки, то некротическіе фокусы окружаются густымъ поясомъ изъ

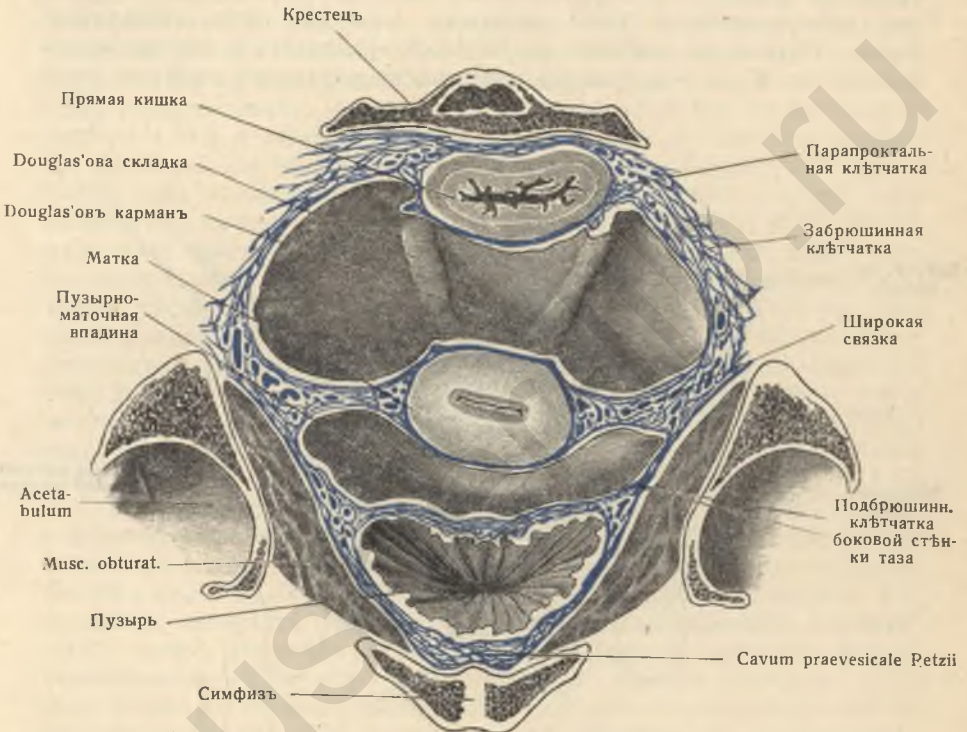


Рис. 306. Полусхематическое изображеніе распределенія тазовой клѣтчатки при горизонтальномъ срезѣ черезъ тазъ на уровнѣ 4-го крестцового позвонка.

лейкоцитовъ, фокусы эти размягчаются и, вслѣдствіе накопленія въ нихъ обильныхъ кровяныхъ шариковъ, превращаются въ гнойныя гнѣзда, которыя постепенно сливаются другъ съ другомъ, образуя большіе абсцессы. При опорожненіи послѣднихъ мы видимъ обыкновенно, что въ гнойъ плаваютъ много мертвыхъ лоскутковъ ткани. Если инфицирующие микробы, какъ, напр., рожистые стрептококки, не обладаютъ гноеродными свойствами, то инфекціонный процессъ оканчивается гипереміей, серознымъ пропитываніемъ и круглоклѣточной инфильтраціей ткани; затѣмъ бактерии погибаютъ, и воспалительная реакція можетъ исчезнуть безъ нагноенія, путемъ простой резорбціи экссудата. Оба эти процесса, т. е. нагноеніе и простая резорбція, наблюдаются и при параметритѣ.

Болезнь всегда начинается очень остро — сильной лихорад-

кой и ознобомъ; первымъ мѣстнымъ симптомомъ являются боли на пораженной сторонѣ матки или, если имѣется двусторонняя инфекция, то по обѣимъ сторонамъ матки. Затѣмъ, при продолжающейся сильной лихорадкѣ, возникаетъ инфильтрація тазовой клетчатки, начинающаяся сначала около матки и распространяющаяся затѣмъ въ стороны, въ параметріи, а при болѣе распространенномъ процессѣ — также впереди, кзади или кверху. Инфильтрированные мѣста сначала отечны или мягки на подобіе тѣста и не отграничиваются рѣзко отъ окружающихъ тканей. Постепенно, однако, экссудатъ становится болѣе твердымъ, а затѣмъ ясно отграниченнымъ. Если дѣло доходитъ до гнойнаго размягченія пораженныхъ частей, то ходъ температуры принимаетъ характеръ гнойной лихо-

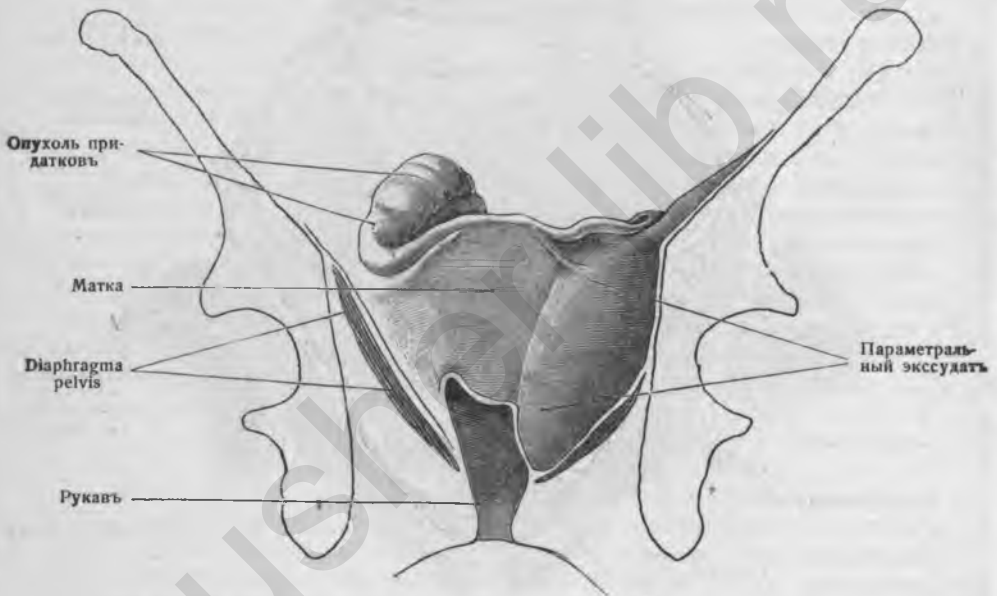


Рис. 307. Схематическое изображение параметрального экссудата (слѣва) и опухоли придатковъ (справа).

радки съ сильными утренними ремиссіями, въ экссудатѣ начинаютъ прощупываться размягченныя, а потомъ и флюктуирующія мѣста, которыя въ концѣ концовъ вскрываются.

Съ опорожненіемъ абсцесса исчезаетъ и лихорадка. Обыкновенно гной, повинуясь закону тяжести, скопляется въ парапроктальной клетчаткѣ и отсюда вскрывается въ прямую кишку, но онъ можетъ также вскрыться и во влагалище, въ пузырь, а также наружу — черезъ брюшныя стѣнки надъ Рои раг'т'овой связкой, на внутренней поверхности бедра подъ нею или въ ягодичной области, по бокамъ позвоночнаго столба. Однако не всегда со вскрытіемъ абсцесса дѣло оканчивается, — иногда происходитъ новая задержка секрета, вторичное скопленіе гноя въ болѣе низкихъ частяхъ, образованіе многочисленныхъ фистулезныхъ ходовъ, причемъ нагноеніе тазовой

кѣтъчатки, сдѣлавшесѣ хроническимъ, можетъ длиться цѣлые мѣсяцы, вызывая образованіе весьма сложныхъ полостей и ходовъ.

Гораздо благопріятнѣе протекають тѣ случаи, въ которыхъ нагноенія эксудата не просходитъ. Если здѣсь, путемъ реактивнаго воспаленія, дальнѣйшій ходъ инфекціи будетъ задержанъ, то лихорадка прекращается, и наступаетъ резорбція безъ всякихъ осложненийъ.

Септический параметритъ діагностируется тогда, когда можно доказать существованіе воспалительнаго эксудата въ тазовой кѣтъчаткѣ по сторонамъ отъ матки, когда это воспаленіе развивается послѣ поврежденій (особенно послѣ родовыхъ травмъ), сопровождается лихорадкой и распространяется такъ, какъ это было нами описано выше. Этотъ процессъ можно смѣшать съ гематомами *ligamenti latii* и съ опухолями придатковъ. Въ особенности послѣднія были раньше весьма часто принимаемы за параметриты, да и теперь еще принимаются за таковыя, хотя различить оба эти заболѣванія весьма нетрудно: опухоли придатковъ оставляють соединительную ткань таза свободной и сидятъ позади матки, притомъ выше, чѣмъ параметральнѣй эксудатъ, который оттѣсняетъ влагалищный сводъ книзу, тѣсно прилежитъ къ маткѣ и фиксируетъ ее, такъ что при двустороннемъ заболѣваніи параметріевъ послѣдняя буквально представляется вколоченной. Опухоли придатковъ представляютъ собою, далѣе, очень частое страданіе женской половой сферы, параметритъ же есть сравнительно рѣдкая болѣзнь. Сомнѣнія насчетъ того, содержитъ ли параметральная опухоль гной или кровь, — разрѣшаются очень просто при помощи пункции шприцемъ *Pravatz'a*.

Леченіе параметрита въ начальныхъ стадіяхъ должно ограничиваться назначеніемъ спокойнаго спиннаго положенія, примѣненіемъ льда на животъ и назначеніемъ наркотическихъ средствъ. Послѣ того, кѣкъ острая стадія пройдетъ, стараются ускорить рассасываніе эксудата примѣненіемъ теплыхъ разсолныхъ и грязевыхъ ваннъ, горячихъ душей и т. п. Остатки эксудата можно, обыкновенно, очень скоро устранить при помощи массажа. Если дѣло дошло до гнойнаго размягченія эксудата, то абсцессы слѣдуетъ вскрыть тамъ, гдѣ они наиболѣе приближаются къ наружной поверхности. Если это мѣсто, — какъ это обыкновенно бываетъ, — лежитъ въ паховой области, надъ *goupar'tovoi* связкой, то для лучшаго оттока гноя и во избѣжаніе скопленія его въ болѣе низкихъ частяхъ, слѣдуетъ вывести дренажъ и въ рукавъ.

#### е) Септический периметритъ и перитонитъ.

Въ брюшную полость септическіе микроорганизмы могутъ проникнуть изъ половыхъ частей самымъ различнымъ образомъ. Непосредственно они заносятся туда при разрывахъ и перфорацияхъ матки или задняго влагалищнаго свода, что случается нерѣдко при попыткахъ вызвать абортъ, при зондированіи и выскабливаніи матки (особенно въ послѣродовомъ періодѣ). Иногда непосредственное инфицированіе брюшины происходитъ при чревосѣченіяхъ, когда микроорганизмы заносятся въ брюшную полость нечистыми инструментами или пальцами. На способъ инфекціи брюшной полости

через трубы мы уже указали выше. Третій способъ инфекціи состоитъ въ занесеніи септическихъ зародышей черезъ лимфатическіе сосуды маточной стѣнки, по которымъ микробы могутъ распространиться съ эндометрія до самаго наружнаго слоя матки. Наконецъ, инфекция брюшины возможна еще черезъ инфицированные, нагнаившіеся тромбы въ венахъ широкихъ связокъ. Въ этомъ случаѣ зародыши проникаютъ сперва изъ просвѣта вены въ рыхлую параметральную клетчатку, а отсюда быстро уже попадаютъ въ окололежащую брюшину.

Если дѣло сводится къ ограниченной, мѣстной прививкѣ микробовъ, и если вирулентность послѣднихъ незначительна, то, вслѣдствіе наступающаго быстро фибринознаго воспаленія брюшины, инфекціонный фокусъ можетъ осумковаться; тогда развивается или септическо-гноинное поражение, захватывающее лишь нѣкоторые отдѣлы тазовой брюшины, или же тазовая брюшина поражается на всемъ своемъ протяженіи, но, во всякомъ случаѣ, процессъ не распространяется на остальную брюшную полость.

Въ случаяхъ такого мѣстнаго воспаленія говорятъ о периметритѣ, перисальпингитѣ, періоофоритѣ, а также о пельвеоперитонитѣ. Локализованное септическое воспаленіе тазовой брюшины обычно ведетъ къ нагноенію, причемъ гной, послѣ того, какъ заключающіеся въ немъ микробы погибнуть, можетъ стечь и реорганизоваться, такъ что отъ гнойника останется лишь нѣсколько фибринозныхъ перепонокъ. Если, однако, нагноеніе было болѣе обильное, то внутрибрюшинный нарывъ вскрывается въ рукавъ, пузырь, кишку, или, чрезъ брюшныя стѣнки, наружу.

Инфекція сильно вирулентными зародышами ведетъ къ общему септическому перитониту. Размноженіе и распространеніе зародышей происходитъ при этомъ такъ быстро, что реактивное воспаленіе брюшины, которое повело-бы къ осумкованію пораженнаго мѣста, наступаетъ слишкомъ поздно. Носителей болѣзни мы находимъ тогда вездѣ, начиная отъ самаго глубокаго мѣста брюшины, т. е. Douglасова кармана, и вплоть до свободной поверхности печени; они содержатся всюду въ жидкомъ серозно-гноинномъ экссудатѣ, а также въ фибринозныхъ отложеніяхъ, покрывающихъ покраснѣвшую и помутнѣвшую брюшину. Въ большинствѣ случаевъ носителями инфекціи являются здѣсь стрептококки. Иногда при этомъ смертельный исходъ наступаетъ уже по истеченіи нѣсколькихъ дней; тогда брюшинный экссудатъ оказывается при вскрытіи прозрачнымъ, серознымъ и, кромѣ фибринозныхъ клочьевъ, содержащимъ лишь небольшое количество клеточныхъ элементовъ. При затянувшимся же ходѣ болѣзни экссудатъ становится болѣе гнойнымъ, вслѣдствіе обильной примѣси лейкоцитовъ.

Въ началѣ заболѣванія, какъ при локализованномъ пельвеоперитонитѣ, такъ и при общемъ перитонитѣ — симптомы одинаковы. При сильной лихорадкѣ, начинающейся ознобомъ, у больной развивается быстро усиливающаяся болѣзненность внизу напряженнаго и вздутаго живота. Ослабленіе дѣятельности тѣхъ частей кишечника, которыя лежатъ въ области инфекціоннаго фокуса, и брюшинный покровъ которыхъ принимаетъ участіе въ воспаленіи, обуславливаетъ полную остановку отхожденія кала и газовъ. Языкъ

больной сухъ, имѣется склонность къ икотѣ и рвотѣ, больная чувствуетъ отвращеніе къ пищѣ. Пульсъ скоро дѣлается частымъ и малымъ, общее состояніе сильно ухудшается. При инкапсуляціи инфекціоннаго фокуса всѣ вышеуказанныя явленія по истеченіи нѣсколькихъ дней ослабѣваютъ и постепенно исчезаютъ, при развитіи же общаго перитонита происходитъ быстрое ихъ усиленіе: болѣзненность распространяется отъ области таза вверхъ до діафрагмы и можетъ достигать такой степени, что даже самыя незначительныя сотрясенія, какъ, напр., давленіе одѣла, могутъ дѣлаться для больной весьма тягостными. По мѣрѣ распространенія воспаленія увеличивается и ослабленіе кишечной дѣятельности. Животъ на всемъ своемъ протяженіи вздувается на подобіе барабана, языкъ твердъ, какъ дерево, жажда неутолима, рвота слизисто-гнойными массами не прекращается даже и тогда, когда больной не даютъ ничего пить; къ этому присоединяется частая отрыжка, а иногда и икота, продолжающаяся по цѣлымъ часамъ. Больныя страдаютъ безсонницей и весьма безпокойны. При маломъ пульсѣ, который едва можно считать, конечности начинаютъ холодѣть; кожа покрывается клейкимъ холоднымъ потомъ, и поверхностное, учащенное дыханіе указываетъ на близость конца. Самосознаніе больныхъ можетъ сохраниться вполне яснымъ до самой смерти.

Совершенно иначе протекаетъ тотъ видъ общаго воспаленія брюшины, который бываетъ послѣ операцій въ брюшной полости — тогда, когда въ брюшинѣ останутся болѣе значительныя, плохо закрытыя раны или культы, и когда излившаяся кровь и раневые секреты начнутъ разлагаться, благодаря гнилостнымъ микробамъ, случайно попавшимъ въ брюшину во время операціи. При этой формѣ заболѣванія дѣло сводится къ чистому отравленію всасывающимися гнилостными веществами; здѣсь могутъ отсутствовать совершенно всѣ воспалительныя явленія, какъ напр. лихорадка, болѣзненность, вздутіе живота; лишь пульсъ, становящійся часъ отъ часу хуже, рвота и ослабленіе кишечной дѣятельности указываютъ на тяжелую интоксикацію.

Леченіе пельвеоперитонита должно вестись по тѣмъ же правиламъ, какія мы изложили, говоря о септическомъ салпингооофоритѣ. Главную роль въ началѣ болѣзни должны играть наркотическія средства, ледъ и постельный режимъ. Въ болѣе позднее время назначается леченіе тепломъ, а въ случаѣ нужды прибѣгаютъ къ опороженію образовавшихся гноинныхъ полостей.

Если начнутъ развиваться припадки, указывающіе на распространеніе воспалительнаго процесса въ брюшинѣ и пораженіе имъ верхнихъ отдѣловъ брюшной полости, то спасенія больной можно ожидать лишь отъ широкаго дренированія и осушенія воспаленныхъ участковъ брюшины. Рѣшить, нужно-ли оперативное вмѣшательство, въ подобныхъ случаяхъ не всегда легко; будетъ, однако, правильнѣе при всѣхъ тяжелыхъ заболѣваніяхъ думать о такомъ вмѣшательствѣ и лучше иной разъ произвести операцію слишкомъ рано, чѣмъ пропустить благоприятный моментъ для нея. Каждый перитонитъ вначалѣ представляетъ собою мѣстный процессъ и, какъ таковой, можетъ быть излеченъ путемъ отведенія

наружу воспалительныхъ продуктовъ, каковое отведеніе является лучшимъ средствомъ помѣшать распространенію процесса по брюшинѣ. Сначала вкрываютъ брюшную полость посрединѣ выше лобка, ориентируются относительно распространенія процесса и продѣлываютъ съ обѣихъ сторонъ выше Poupard'овыхъ связокъ или еще выше, въ поясничныхъ областяхъ, и въ заднемъ Douglas'овомъ карманѣ отверстія, чрезъ которыя проводятъ толстыя дренажныя трубки. Удаленіе секретовъ способствуетъ излеченію, мысль же сдѣлать брюшную полость свободно путемъ промываній и умертвить зародышей представляетъ собою утопію, притомъ весьма опасную. Удалить все патологическое промываніями нельзя, а способствовать распространенію заразы по всей брюшинѣ можно; оттого промыванія всегда ведутъ къ ухудшенію процесса. Итакъ не слѣдуетъ промывать, а надо лишь широко дренировать!

Если въ далеко-зашедшихъ впередъ случаяхъ общаго перитонита мы не можемъ рассчитывать на исцѣленіе, — все-таки успѣхи упомянутого леченія настолько значительны, что мы вправѣ рекомендовать по возможности рановременное примѣненіе дренажа. Во всякомъ случаѣ при помощи его можно спасти много женщинъ, которыя при обыкновенномъ лекарственномъ леченіи неминуемо становятся жертвами смерти.

Противъ пареза кишекъ хорошо дѣйствуютъ подкожныя вприскиванія пилокарпина; что касается большихъ дозъ морфія, то онѣ должны быть примѣняемы лишь въ безнадежныхъ случаяхъ, для уменьшенія растройства.

#### f) Тромбофлебитъ тазовыхъ венъ. — Phlegmasia alba. — Pyaemia. — Septicaemia.

Богато развитая сѣть широкихъ венъ, окружающая женскій половой трактъ на всемъ его протяженіи, создаетъ благоприятныя условія для того, чтобы септическая инфекция половой сферы весьма часто переходила и на вены. Проникновеніе септическихъ микробовъ въ вены обусловливаетъ собою двѣ формы заболѣванія, которыя существенно отличаются другъ отъ друга какъ теченіемъ болѣзни, такъ и ея исходомъ.

Въ болѣе благоприятныхъ случаяхъ бактеріи распространяются на большомъ пространствѣ вдоль внутренней оболочки (intima) болѣе значительныхъ венъ и вызываютъ только некрозъ эндотелия; вслѣдствіе этого внутреннія стѣнки сосуда дѣлаются шероховатыми, что влечетъ за собою свертываніе въ этомъ мѣстѣ крови (trombophlebitis). Въ свою очередь образованіе тромба ведетъ за собою застой крови и, сообразно со степенью непроходимости сосуда, — болѣе или менѣе сильное опуханіе въ области закупоренной вены. Тромбофлебитъ тазовыхъ венъ обусловливаетъ тѣстоватое опуханіе тазовой клѣтчатки и клѣтчатки поясничной области, онъ легко переходитъ на *venam iliacam externam et venam cruralem*, закупорка которыхъ имѣетъ своимъ послѣдствіемъ весьма характерное опуханіе соответствующей нижней конечности, — такъ называемую *phlegmasiam albam dolentem*. Это заболѣваніе является частымъ осложненіемъ послѣродового періода, но случается также нерѣдко и



послѣ операций на половыхъ органахъ. Почти всегда образовавшіеся въ венахъ тромбы организуются, причемъ дѣло не доходитъ до гнойнаго ихъ распада; затѣмъ они постепенно, иногда въ течение нѣсколькихъ мѣсяцевъ, рассасываются, такъ что сосуды опять дѣлаются проходимыми, и опухоль исчезаетъ.

Прогнозъ при этой формѣ болѣзни благоприятенъ, хотя сильная лихорадка и продолжительное пребываніе въ постели сильно ухудшаютъ общее состояніе больныхъ.

Леченіе должно быть преимущественно направлено на то, чтобы, посредствомъ спокойнаго положенія, воспрепятствовать отторженію тромботическихъ массъ, которое можетъ повести къ опаснымъ эмболиямъ. При флегмази больную ногу укладываютъ въ проволочныя шины и придаютъ ей высокое положеніе. Если въ ногѣ ощущаются сильныя боли, очень дѣйствительными оказываются влажныя обертыванія, для которыхъ берутся слегка вязнуція жидкости, напр. 10% растворъ уксусно-кислаго глинозема. Движенія могутъ быть разрешены больноі не раньше, какъ черезъ 2 недѣли послѣ окончательнаго прекращенія лихорадки и учащеннаго пульса.

Гораздо менѣе благоприятно протекають тѣ случаи, когда проникшія въ вены бактеріи начинаютъ обнаруживать піогенныя свойства и обуславливають гнойный распадъ тромбовъ. Вслѣдствіе того, что гнойныя массы отторгаются и поступаютъ въ дальнѣйшій токъ кровообращенія, возникаетъ извѣстная картина піэміи, которая отъ септического венознаго тромбоза и флегмази отличается часто вторяющимися ознобами и образованіемъ метастазовъ. Если піэмія образуется вслѣдствіе гнойнаго распада небольшихъ тромбовъ въ незначительныхъ венахъ, то она можетъ кончиться выздоровленіемъ, распадъ же тромбовъ болѣе значительныхъ весть, какъ, на примѣръ, венознаго сплетенія въ широкихъ связкахъ, *venae uterinae*, *hypogastricae* или *spermaticae*, ведетъ обычно къ смерти, причемъ летальный исходъ нерѣдко наступаетъ лишь по истеченіи многихъ недѣль и послѣ цѣлаго ряда припадковъ озноба. При такого рода обстоятельствахъ надежду на излеченіе могла-бы дать только перевязка и исѣченіе наполненныхъ гноемъ венъ; этотъ способъ въ послѣднее время неоднократно былъ примѣняемъ съ успѣхомъ.

При инфекціяхъ весьма вирулентными микробами, или при ослабленіи сопротивленія организма, какое наблюдается, напр., послѣ обильныхъ потерь крови или при диабетѣ, можетъ наступить инфицированіе изъ раны септическими бактеріями всей массы крови, причемъ въ организмѣ нигдѣ не наступаетъ реакціи со стороны тканей въ видѣ образованія экссудата или гноя. Эту рѣдкую форму раневого отравленія называютъ септицеміей (зараженіе крови въ собственномъ смыслѣ этого слова). Она встрѣчается какъ въ послѣродовомъ періодѣ, такъ и послѣ поврежденій полового аппарата, причемъ сами поврежденія могутъ даже быть не очень обширными. Такъ, напр., я наблюдалъ септицемію съ очень быстро наступившимъ смертельнымъ исходомъ послѣ насильственной дилатациі гименальнаго кольца у одной молодой, хлоротичной женщины. Вскрытіе обнаружило опуханіе селезенки и острое жировое перерожденіе железистыхъ элементовъ печени и почекъ, а также мышечныхъ волоконъ сердца. Бактеріи (обыкновенно стрептококки) при этой формѣ ока-



зываются на лицо въ каждой пробѣ крови, причемъ въ капиллярахъ селезенки, печени и почек онѣ находятся въ такомъ количествѣ, что мѣстами совершенно закупориваютъ ихъ просвѣтъ. Клинически септицемія выражается сильной лихорадкой, быстрымъ ухудшеніемъ общаго состоянія и упадкомъ силъ при полномъ отсутствіи какихъ-либо мѣстныхъ поражений.

Чаще встрѣчаются смѣшанныя формы септицеміи и пѣміи, т. е. такія, гдѣ, наряду съ мѣстными гнойными гнѣздами, имѣется и наличность микробовъ въ крови. Относительно внѣдренія септическихъ микробовъ въ кровь и распространенія ихъ здѣсь мы можемъ вывести заключеніе на основаніи систематическихъ изслѣдованій крови, порціи которой берутъ изъ локтевой вены и затѣмъ переносятся на соответственный питательный субстратъ. Въ благопріятно протекающихъ случаяхъ зародыши, въ началѣ инфекціи попавшіе, было, въ кровь, съ локализацией процесса быстро и вполне исчезаютъ изъ нея. Если же наличность микробовъ въ крови обнаруживается долгое время, то прогнозъ является неблагопріятнымъ. — такія больныя почти неизбѣжно гибнутъ отъ зараженія, причемъ число зародышей въ крови у нихъ со дня на день возрастаетъ.

Леченіе имѣетъ своей цѣлью, не говоря уже о дезинфекціи раны, послужившей исходнымъ пунктомъ заразы, — придать организму возможно болѣе сильную борьбу съ проникшими микробами. Эта цѣль достигается, какъ и при всѣхъ другихъ формахъ септической инфекціи, прежде всего обильнымъ введеніемъ въ организмъ алкоголя въ видѣ вина, шампанскаго, коньяку и т. п. Полагаютъ, что алкоголь служитъ здѣсь, съ одной стороны, какъ горючій матеріалъ, и такимъ образомъ мѣшаетъ лихорадкѣ сжигать другія, болѣе цѣбныя вещества, а съ другой стороны, — прямо-таки дѣйствуетъ антитоксическимъ образомъ и вмѣстѣ съ тѣмъ поддерживаетъ сердечную дѣятельность. Кромѣ того, септическихъ больныхъ нужно возможно лучше питать, что обыкновенно достигается назначеніемъ питательныхъ жидкихъ веществъ, такъ какъ твердая пища принимается больными, вслѣдствіе лихорадки, неохотно и плохо переваривается. При весьма высокихъ температурахъ, а особенно при появленіи сонливости и слабости сердца, весьма полезными являются холодныя обливанія (въ 18°—20° С) въ теплой ваннѣ (28° С). Больныя, которыхъ сажаютъ въ ванну апатичными, съ малымъ частымъ пульсомъ и съ поверхностнымъ дыханіемъ, послѣ холоднаго душа опять приходятъ къ себѣ, требуютъ пищи, дыханіе у нихъ становится болѣе глубокимъ, а улучшеніе сердечной дѣятельности обнаруживается не только усиленіемъ пульса, но и оживленіемъ осунувшихся до того чертъ лица. Такъ какъ лихорадка представляетъ изъ себя цѣлебную реакцію организма противъ бактерійнаго отравленія, противолихорадочныя средства являются противопоказанными. Больными дозами хинина, антипирина и т. п. можно, конечно, добиться пониженія температуры на 1°—2°, но, по истеченіи нѣсколькихъ часовъ появляется ознобъ, и температура опять поднимается до прежней высоты, а внимая польза отъ непродолжительнаго пониженія температуры въ дѣйствительности обращается, вслѣдствіе неблагоприятнаго вліянія озноба на сердце, во вредъ для больной.

Болѣе шансовъ на успѣхъ, чѣмъ леченіе противолихорадоч-

ными средствами, даетъ при септицеміи серотерапія. Аналогично съ антидифтерійной сывороткой Magthorck и другіе получили, путемъ прививки животнымъ вирулентныхъ стрептококковъ, «антистрептококковую сыворотку», которая, по крайней мѣрѣ при опытахъ надъ животными, была найдена оказывающею явно благотворное вліяніе на ходъ искусственно вызванныхъ стрептококковыхъ инфекцій.

Сыворотка эта не оказываетъ непосредственнаго бактерициднаго дѣйствія, ибо стрептококки растутъ въ ней такъ же хорошо, какъ и во всякой другой сывороткѣ. Насколько до сихъ поръ извѣстно, сущность ея дѣйствія заключается въ томъ, что она вступаетъ со стрептококками въ специфическую связь, подъ вліяніемъ которой микробы эти такъ измѣняются, что становятся жертвою фагоцитоза (бактеріотропическое дѣйствіе сыворотки). Между тѣмъ какъ у незащищенныхъ посредствомъ сыворотки животныхъ стрептококки легко переходятъ въ кровь, у привитыхъ животныхъ они быстро дѣлаются безвредными, благодаря энергичному фагоцитозу. У человѣка результаты леченія сывороткой септическихъ заболѣваній является до сихъ поръ мало блестящими: наряду съ такими случаями, гдѣ вырскиванія ея быстро ослабляли силу заболѣванія и вели къ быстрому пониженію  $t^0$  и выздоровленію, встрѣчаются и такіе случаи, гдѣ средство это, даже будучи примѣнено рано и въ большихъ дозахъ, не достигало цѣли. Весьма вѣроятно, впрочемъ, что со временемъ удастся повысить защитительную силу сыворотки, и тогда мы получимъ въ ней весьма цѣнное специфическое средство противъ сепсиса.

## ОТДѢЛЪ СЕДЬМОЙ.

### Общая гинекологическая діагностика.

#### Глава XXVI.

##### Общая симптоматологія женскихъ болѣзней.

Otto Küstner'a.

При болѣзняхъ женской половой сферы, притомъ самыхъ разнообразныхъ, мы чрезвычайно часто встрѣчаемся съ нѣкоторыми опредѣленными симптомами. Къ числу такихъ симптомовъ принадлежатъ особенно аномаліи кровяныхъ и слизистыхъ выдѣленій изъ полового канала, а также аномаліи воспроизводительной дѣятельности женщины; сюда же относятся разстройства въ близкихъ и болѣе отдаленныхъ отъ полового аппарата сферахъ нервной системы.

Чрезмѣрно сильныя менструальныя кровотеченія -- меноррагіи, а также метроррагіи, т. е. атипическія кровотеченія, при которыхъ межменструальные промежутки или потеряли свой типъ или совершенно исчезли, и которыя не соотвѣтствуютъ болѣе овуляціямъ, почти обязательно являются спутниками гиперпластическихъ или неопластическихъ заболѣваній маточной мѣкы и сосѣднихъ съ ней мышечныхъ слоевъ, каковы: гиперпластическій эндометритъ, доброкачественныя и злокачественныя опухоли слизистой оболочки, фиброзныя подслизистыя полипы, а также межтучныя фиброміомы, которыя повели къ гиперплазіи эндометрія.

Эти кровотеченія могутъ достигать весьма высокихъ степеней и имѣть своимъ послѣдствіемъ самыя тяжелыя анеміи. Особенно истощенныхъ, желтыхъ, какъ воскъ, больныхъ приходится встрѣчать среди женщинъ, страдающихъ кровотеченіями изъ распадающихся раковъ матки <sup>1)</sup> и кровотеченіями, сопровождающими подслизистыя міомы. Весьма сильныя маточныя кровотеченія могутъ также быть результатомъ застоя крови вслѣдствіе перегиба широкихъ связокъ, т. е., стало быть, могутъ встрѣчаться при девиціяхъ матки, при проляпсахъ, еще больше при ретрофлексіяхъ, а больше всего при выворотахъ матки.

Менѣе значительныя кровотеченія мы встрѣчаемъ при болѣ-

1) И саркомъ. В. Г.

шинствѣ острыхъ воспаленій половыхъ органовъ, при гонорройномъ пораженіи матки и ея придатковъ и при септическихъ заболѣваніяхъ. Острый мио-эндометритъ, встрѣчающійся при большинствѣ острыхъ инфекціонныхъ заболѣваній, обычно также сопровождается умѣренными кровотечениями.

Аменоррею, т.-е. отсутствіе мѣсячныхъ въ возрастѣ половой зрѣлости, мы встрѣчаемъ при всѣхъ тѣхъ порокахъ развитія, гдѣ имѣется атрезія полового канала, или гдѣ матка вовсе не развита, либо развита лишь рудиментарно. Рудиментарное развитіе яичниковъ, при которомъ дѣло не доходитъ до овуляціи, также обуславливаетъ собою аменоррею, даже и тогда, когда матка имѣетъ приблизительно нормальную величину и форму.

Вторично вызываютъ аменоррею тяжелые воспалительные или инфекціонные процессы въ маткѣ и особенно въ яичникахъ<sup>1)</sup>, а также иногда большія пузырьно-рукавные фистулы<sup>2)</sup>. Равнымъ образомъ аменоррея бываетъ послѣдствіемъ оперативнаго удаленія обоихъ яичниковъ. Общія разстройства питанія при морфинизмѣ, истощающихъ болѣзняхъ, каковы легочная чахотка, нефритъ и сахарное мочеизнуреніе, въ концѣ концовъ также ведутъ къ аменорреѣ, особенно же часто среди общихъ заболѣваній сопровождается аменорреей хлорозъ. При сильно развитомъ хлорозѣ менструаціи отсутствуютъ обыкновенно по цѣлымъ годамъ. Точно также и слишкомъ продолжительное кормленіе грудью ведетъ къ тому, что аменоррея продолжается и по окончаніи періода лактаціи (лактаціонная атрофія матки).

Подъ викарными менструаціями разумѣется періодическое появленіе кровотеченій изъ не-половыхъ органовъ, напр. изъ груди, носа, изъ желудка и изъ прямой кишки, при отсутствіи нормальныхъ мѣсячныхъ. Вполнѣ достовѣрные случаи этой аномаліи весьма рѣдки.

Зачастую женщины съ ненормальной психикой, желая сдѣлаться интересными, вызываютъ такого рода викарныя менструаціи искусственно. Въ концѣ концовъ, однако, всегда бываетъ открываема игла, съ помощью которой онѣ пускаютъ себѣ кровь изъ носа, ушей, глазъ (какъ это мнѣ случалось видѣть) или изъ другихъ мѣстъ.

Если во время менструаціи женщины испытываютъ боль въ половой сферѣ, то мы говоримъ о дисменорреѣ.

Старинная классификація разныхъ формъ дисменорреи не лишена основанія. Раньше различали *dysmenorrhoeam inflammatoriam*, *congestivam*, *nervinam*, *ovaricam* и др. Классификація эта, хотя и не основана на какомъ-либо общемъ принципѣ, но по крайней мѣрѣ указываетъ на то обстоятельство, что дисменоррея можетъ быть вызвана весьма разнообразными заболѣваніями полового тракта. Въ

1) Само собою разумѣется, къ аменорреѣ ведутъ также новообразованія яичниковъ, уничтожающія ткань послѣднихъ. Особенно рѣзко сказывается это вліяніе при злокачественныхъ опухоляхъ яичниковъ. В. Г.

2) Фактъ этотъ слѣдуетъ, повидимому, объяснять тою сильною травмою, которой подвергается половой аппаратъ при родахъ, сопровождающихся образованіемъ фистулы. Этому объясненію, однако, противорѣчитъ тотъ фактъ, что нерѣдко послѣ зашиванія фистулы отсутствующія у больной мѣсячныя опять появляются. В. Г.

виду этого, если-бы я считалъ классификацію различныхъ формъ дисменорреи необходимой, то предпочелъ-бы прежнюю новѣйшей. согласно которой мы различаемъ только два вида дисменорреи: конгестивную и механическую.

Въ основѣ понятія о механической дисменорреѣ лежитъ представленіе о томъ, что менструальная кровь можетъ задерживаться въ маткѣ или въ очень большомъ количествѣ, или за чреззчуръ узкимъ внутреннимъ маточнымъ звѣномъ, и что для удаленія этой крови необходимо чрезвычайно энергичное напряженіе стѣнокъ матки. Это-то напряженіе и выражается болями, — собственно говоря, потужными. Sims, отецъ этой теории, основываясь на извѣстныхъ уже до него наблюденіяхъ надъ болѣзненными сокращеніями матки при непроходимости ея или влагалища, полагалъ, что болѣзненныя маточныя сокращенія при мѣсячныхъ завязать преимущественно отъ патологической узкости шеечнаго канала при антефлексіи матки и вслѣдствіе отслойки частей маточной мукозы (dysmenorrhoea membranacea, см. главу XII). Schultze, однако, доказалъ, что при антефлексіи, несмотря на наличность дисменорройныхъ болей, каналъ шейки обыкновенно бываетъ вполне проходимъ; а имѣетъ-ли онъ въ діаметрѣ 3 или 4 миллиметра, — обстоятельство это не можетъ являться причиной столь рѣзко выраженныхъ страданій.

Болѣе строгая критическая оцѣнка болѣзненныхъ процессовъ въ области полового тракта и улучшенная діагностика позволяютъ намъ теперь считатьъ внѣ всякаго сомнѣнія, что въ основѣ дисменорреи лежитъ въ большинствѣ случаевъ<sup>1)</sup> воспалительное состояніе половой сферы. По большей части въ подобныхъ случаяхъ имѣются оофориты, сальпингиты, комбинаціи этихъ двухъ заболѣваній, или же воспалительныя состоянія матки.

Если стать на эту точку зрѣнія, то дисменорройныя явленія могутъ получить довольно однородное истолкованіе. Приливъ крови къ половымъ частямъ перестаетъ регулироваться и во время ихъ обуславливаетъ собою то, что воспалительные процессы, и безъ того сопряженные съ болями, становятся еще болѣе болѣзненными, а протекавшіе скрытно даютъ о себѣ знать болями. Такъ, напр., дѣло обстоитъ при заболѣваніяхъ яичниковъ и трубъ. При воспалительныхъ заболѣваніяхъ матки къ приливу крови присоединяется еще одинъ моментъ, который можетъ усилить существующія уже боли, или, при имѣющемся предрасположеніи, вызвать ихъ, — это сокращенія маточной мускулатуры. Какъ всякое содержимое матки изгоняется мышечной силой органа, или послѣдняя способствуетъ удаленію этого содержимаго, точно такъ же обстоитъ дѣло и съ менструальной кровью. При этомъ, если матка здорова, то сокращенія ея стѣнокъ происходятъ безъ боли, если же матка воспалена, то эти сокращенія болѣзненны, вполне аналогично тому, какъ это наблюдается въ послѣродовомъ періодѣ.

Соотвѣтственно разнообразію страданій, лежащихъ въ основѣ дисменорреи, разнообразными являются и тѣ ощущенія, которыя мы обозначаемъ словомъ „дисменоррея“, причѣмъ характеръ этихъ ощущеній нисколько не даетъ намъ права ставить анатомической діагнозы. Иногда мы имѣемъ здѣсь дѣло съ болями, которыя прекращаются незадолго до наступленія менструальнаго кровотеченія; въ другихъ случаяхъ боли имѣютъ мѣсто только во время кровотеченія; въ третьихъ — во время него и до него. Одни изъ больныхъ, далѣе, испытываютъ лишь неясное чувство жженія или грызущую боль въ тазу, у другихъ боли иррадируютъ далѣе и ощущаются даже въ самыхъ отдаленныхъ частяхъ спины. У нѣкоторыхъ больныхъ боль является постоянной, у другихъ же наблюдаются временныя усиленія и ослабленія ея. Иныя женщины ясно ощущаютъ дисменорройныя боли, какъ чувствительныя маточныя сокращенія.

1) Но не всегда: иногда дисменоррея бываетъ, повидимому, и при отсутствіи воспалительныхъ процессовъ — на почвѣ порочнаго развитія половыхъ частей, на почвѣ неправильностей кровообращенія, на чисто-нервной почвѣ и т. п. Вообще всѣ случаи, гдѣ больныя жалуются на дисменорройныя боли, должны быть, по моему, строго индивидуализированы. В. Г.

Очень часто дисменорройныя страданія сопровождаются разстройствами мочеиспусканія, напр., частыми и болѣзненными позывами на мочу, также очень часто упорными запорами. У нѣкоторыхъ болѣзныхъ въ страданіе вовлекаются и далеко лежащіе органы; тогда дисменорройные припадки сопровождаются диспепсией, рвотой и мигренью.

Дисменорройныя явленія встрѣчаются и у такихъ женщинъ, которыя во время промежутковъ между мѣсячными не испытываютъ никакихъ болей, чаще же у такихъ, которыя постоянно испытываютъ боли; въ послѣднемъ случаѣ дисменоррея является болѣе или менѣе значительнымъ усиленіемъ постоянно имѣющагося страданія.

Рациональное леченіе дисменорреи состоитъ въ леченіи основнаго страданія, симптоматическое же — въ спокойномъ положеніи въ постели, примѣненіи согрѣвающихъ компрессовъ и грѣлокъ, наркотическихъ средствъ, антипирина, *trae gelseminii* (3 раза въ день по 10 кап.), а также въ мѣстныхъ кровоизвлеченіяхъ.

Говоря о симптоматическомъ леченіи дисменорреи, нужно обратить особенное вниманіе на одно обстоятельство. Выше уже было сказано, что исключительно механическое пониманіе дисменорреи должно быть отвергнуто. Утверждая это, мы, однако, нисколько не упускаемъ изъ виду того факта, что, если имѣющіеся воспалительные процессы вызываютъ у женщины боли, особенно во время менструальнаго прилива крови, то эти боли дѣлаются тѣмъ сильнѣе, чѣмъ энергичнѣе и чаще должна сокращаться матка для изгнанія крови. Мы уже упоминали объ аналогичномъ явленіи, наблюдаемомъ у родильницъ: боли, испытываемыя послѣдними при пуэрперальномъ пельвеоперитонитѣ, дѣлаются тѣмъ ощутительнѣе, чѣмъ онѣ чаще и энергичнѣе, и чѣмъ труднѣе для матки изгнать свое содержимое, т.-е. стало быть онѣ становятся особенно значительными, когда матка, кромѣ лохий и отпадающей оболочки, содержитъ въ себѣ остатки плаценты и яйцевыхъ оболочекъ. Отсюда — можно облегчить или излечить дисменоррею, если мы устранимъ сокращенія матки и сдѣлаемъ ихъ какъ можно меньше необходимыми, т.-е., если мы доставимъ маточному содержимому возможно легкой оттокъ, такъ чтобы оно могло удалиться изъ матки безъ сокращеній послѣдней, или, по крайней мѣрѣ, безъ болѣе значительныхъ сокращеній. На этомъ основаніи въ симптоматическомъ леченіи дисменорреи всегда сохранить свой *raison d'être* одинъ методъ, а именно, расширеніе матки, *resp.* ея шейки, которое можно производить или кровавымъ, или тупымъ образомъ. При этомъ необходимо имѣть въ виду, что и эту маленькую операцию никогда не слѣдуетъ предпринимать при острыхъ воспаленіяхъ матки.

Интересно наблюденіе *Fliess'a* и *Schiff'a*, что при помощи смазыванія переднихъ окончаній нижнихъ носовыхъ раковинъ и бугорка носовой перегородки кокаиномъ во многихъ случаяхъ удается уничтожить дисменорройныя боли, а при помощи прижиганій этихъ мѣстъ — добиться стойкаго излеченія дисменорреи (носовая дисменоррея). *Fliess* и *Schiff* думаютъ, что менструальный приливъ крови вызываетъ набуханіе слизистой оболочки носа, а это набуханіе ретрограднымъ путемъ ведетъ къ болямъ въ половой сферѣ. Подмѣченный названными авторами фактъ подтверждается многими (*Opitz*, *Malherbe*, *Koblanck*). Можетъ быть, здѣсь дѣло сводится къ вліянію общаго наркоза (*Zweifel*), а въ нѣкоторыхъ случаяхъ нельзя исключить вліянія внушенія.

Заслуживаетъ еще упоминанія, что въ качестве средства противъ всевозможныхъ неправильностей менструаціи, а именно, противъ меноррагій, метроррагій и дисменорреи, предложены лучи *Röntgen'a*. Но при этомъ не надо упускать изъ виду, что примѣненіе названныхъ лучей можетъ повести къ полному уничтоженію паренхимы яичниковъ. Таково же вліяніе ихъ и на яички.

При нормальныхъ условіяхъ мѣсячныя протекаютъ безъ повышенія температуры. Если въ началѣ регуль и бываетъ иногда повышеніе температуры на нѣсколько десятыхъ, то все-таки и это повышеніе держится абсолютно въ границахъ нормы и никогда не достигаетъ 38° С.

Иначе обстоитъ дѣло, если въ области половыхъ органовъ имѣется воспалительный процессъ. Пока этотъ процессъ находится еще въ острой стадіи и сопровождается постояннымъ повышеніемъ тем-

пературы, наступленію мѣсячныхъ сопутствуетъ обычно усиленіе лихорадки; если же этотъ процессъ перешелъ уже въ ту стадію, когда онъ не обнаруживается поднятіемъ температурной кривой, то все-таки во время регуль лихорадка можетъ появиться.

Объясняется это тѣмъ, что всякій менструальный приливъ крови благоприятствуетъ условіямъ всасыванія, и потому въ это время начинаетъ всасываться содержимое воспалительныхъ очаговъ, которые въ межменструальное время находятся уже внѣ предѣловъ болѣе живого васкулярнаго общенія съ остальнымъ организмомъ. Такая разница температуры тѣла во время регуль и въ межменструальный промежутокъ служитъ весьма важнымъ симптомомъ для оцѣнки стадіи, въ которой находятся воспалительные процессы въ половой сферѣ — параметритъ, периметритъ, оофоритъ и сальпингитъ.

Лишь спустя долгое время по минованіи острой стадіи этихъ воспаленій, когда отъ нихъ не осталось абсолютно ничего, что могло-бы вызвать лихорадку, т.-е. когда на мѣстѣ прежнихъ воспалительныхъ очаговъ находятся уже одни рубцы и мозоли, гср. когда воспалительный секретъ сдѣлался стерильнымъ и не содержащимъ токсиновъ, — лишь тогда мы во время мѣсячныхъ встрѣчаемъ нормальную аипрексію.

Lenhartz и Scheidemann наблюдали предменструальныя повышенія <sup>10</sup> при піэлитѣ, перешедшемъ уже въ афебрильную стадію.

Kraus наблюдалъ при туберкулезѣ повышенія <sup>10</sup> до <sup>10</sup> незадолго до мѣсячныхъ, при отсутствіи пораженія половыхъ частей. Онъ придаетъ этому факту диагностическое значеніе.

Весьма важнымъ и частымъ мѣстнымъ симптомомъ заболѣваній половой сферы является безплодіе.

Цѣлесообразно различать первичное и вторичное безплодіе, а также фиксировать срокъ, по истеченіи котораго можно говорить о безплодномъ бракѣ. E. Fraenkel называетъ бракъ первично стерильнымъ, если не произошло зачатія втеченіи 5 лѣтъ послѣ начала брачной жизни, и вторично безплоднымъ, — если этотъ срокъ прошелъ послѣ рожденія перваго, самое большее — втораго ребенка безъ того, чтобы наступило зачатіе. Разумѣется, эта номенклатура не имѣетъ никакого естественно-историческаго, а лишь чисто-практическаго значеніе.

Прежде на всякое безплодіе смотрѣли, какъ на женскую болѣзнь, и при каждомъ безплодномъ бракѣ лечили женщину. Даже когда, въ 1868 г., Sims предложилъ въ каждомъ случаѣ безплодія изслѣдовать столь же тщательно половые органы мужчины, какъ половыя части женщины, его мнѣніе долгое время не находило сторонниковъ. Въ настоящее время это правило сдѣлалось само собою понятнымъ.

Мужское безсиліе, т.-е. неспособность мужчины оплодотворить женщину, зависитъ или отъ невозможности произвести coitus (impotentia coeundi), или отъ негодности сѣмени (impotentia generandi). Причины impotentiae coeundi кроются въ деформации полового члена, въ образованіи въ половой сферѣ мужчины опухолей, а также въ заболѣваніяхъ центральной нервной системы (болѣзни головного мозга, сухотка, мѣлитъ) и периферическихъ нервовъ, въ злоупотребленіи ядами (алкоголь, морфій), наконецъ, въ невращеніи и временной подавленности психики. Impotentia generandi зависитъ отъ асперміи, азоосперміи и некросперміи.

Азооспермія существуетъ фізіологически до начала половой зрѣлости и въ глубокой старости, причемъ у стариковъ въ этомъ отношеніи существуютъ значительныя индивидуальныя различія. Въ возрастѣ, способномъ къ воспроизведенію, азооспермія является послѣдствіемъ различныхъ заболѣваній обоихъ яичекъ или путей, проводящихъ сѣмя. Такъ, она можетъ развиваться при опухоляхъ половыхъ органовъ (раки, саркомы), при атрофіи вслѣдствіе крипторхизма и при высокихъ степеняхъ hydrocele; въ большинствѣ случаевъ, однако, азооспермія является послѣдствіемъ гоноккокковой инфекции. Гонорройный эпидидимитъ или фуникулитъ ведетъ къ облитерации сѣмявыводящаго протока (vas deferens), а послѣдняя очень скоро ведетъ къ атрофіи яичка. Fürbringer считаетъ эту атрофію за атрофію отъ недѣятельности. Kehrger убѣдился, что атрофія яичекъ происхо-

тію, и при ретрофлексіи: извѣстно, что онъ при названной аномаліи положенія встрѣчается почти всегда.

Очень часто зачатіе въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ его долго не было, наступаетъ послѣ выскабливанія матки. На основаніи изслѣдованій Peters'a мы знаемъ, что оплодотворенное яйцо прививается не на поверхности маточной мукозы, а въ толщѣ ея. Я считаю возможнымъ, что въ подобныхъ случаяхъ раненіе внутренней поверхности матки благопріятствуетъ выдренію яйца, тогда какъ воспалительныя измѣненія мукозы мѣшаютъ ему. Такимъ образомъ, въ подобныхъ случаяхъ бесплодіе излечивается оттого, что устраняется для яйца опасность — погибнуть на поверхности слизистой оболочки матки.

*Dyspareunia*, недостатокъ стремленія къ половому акту или полового наслажденія, стоитъ внѣ прямой причинной связи съ бесплодіемъ. Зачастую она сопровождается, однако, недоразвитіемъ половой сферы, являясь однимъ изъ симптомовъ послѣдняго, и поэтому нерѣдко наблюдается у бесплодныхъ женщинъ.

Многія заболѣванія, какъ показываетъ опытъ, во время беременности, родовъ и послѣродового періода рѣзко ухудшаются, а иногда пріобрѣтаютъ даже угрожащій жизни характеръ. Среди такихъ болѣзней на первомъ мѣстѣ стоитъ чахотка, далѣе — некомпенсированные пороки сердца и нефритъ. Пѣтить и аппендицитъ также могутъ во время беременности сильно обостряться. Наконецъ, въ позднихъ стадіяхъ беременности беременной можетъ грозить разрывъ матки, если послѣдняя ранѣе широко была пришита къ рукаву или брюшной стѣнкѣ.

Если въ подобныхъ случаяхъ у больныхъ не развивается, въ силу какихъ-либо причинъ, бесплодія, то послѣднее надо вызвать искусственно. Незамужнія женщины должны воздерживаться отъ половыхъ сношеній. Что касается замужнихъ, то, если обычныя, не требующія здѣсь подробнаго описанія, средства помѣшать зачатію не будутъ помогать, или явится необходимость въ абсолютной вѣрности средства, то у нихъ приходится подумать объ оперативныхъ способахъ вызвать бесплодіе, — о „стерилизаціи“ женщины. Такъ какъ удаленіе яичниковъ у женщинъ, находящихся въ томъ возрастѣ, когда зачатіе возможно, вызываетъ тяжеляя, иногда невыносимыя климактерическія разстройства, а удаленіе матки ведетъ за собою прекращеніе менструаціи, то для этой цѣли надо воздѣйствовать на яйцепроводы, устранивъ возможность перехода яицъ въ матку и встрѣчи ихъ съ сѣменными нитями. Одной перевязки и перерѣзки трубъ для этого недостаточно. И экспериментально (L. Frankel'емъ), и многочисленными клиническими наблюденіями доказано, что послѣ нихъ возможность наступленія беременности не исключается. Нужно прибѣгнуть къ методамъ, при которыхъ-бы трубы были закрываемы пластически.

Дѣлаютъ лапаротомию, резецируютъ трубы и обшиваютъ культи ихъ брюшиной. Можно также довольствоваться тѣмъ, чтобы отдѣлить часть трубы, у фимбриальнаго конца, отъ мезосальпинкса и отдѣленный кусокъ вшить въ параметральную ткань, тупо отдѣливъ предварительно листки широкой связки другъ отъ друга и образовавъ между ними карманъ.

Предпринимать эти операціи *per vaginam* нецѣлесообразно, такъ какъ при этомъ результаты операціи, въ смыслѣ ихъ надежности, оставляютъ желать многого.

Чрезвычайно часто заболѣванія женскихъ половыхъ органовъ сопровождаются припадками со стороны пузыря и мочевого пузыря.

Пузырь можетъ быть при этомъ вовлеченъ въ страданіе или непосредственно, или же посредственно. Такъ, при гонорреѣ весьма часто инфицируется уретра, а иногда и пузырь. Если, далѣе, половые органы подвергнутся септическому заболѣванію, то пельвеперитонитическія сращения или экссудаты могутъ оттягивать или смѣшать стѣнки пузыря; кромѣ того, послѣднія могутъ и сами болѣе или мене вовлекаться къ воспалительный процессъ. Иногда экссудатъ вскрывается въ пузырь и этимъ обуславливаетъ собою циститъ. Въ другихъ случаяхъ острое воспалительное заболѣваніе дѣлаетъ необходимымъ продолжительную катетеризацію больныхъ, которая въ концѣ концовъ и ведетъ къ циститу.

О вліяніи воспалительныхъ процессовъ на пузырь см. главу XXI. Если эти процессы и будутъ излечены, то весьма нерѣдко послѣ нихъ, въ качествѣ сопутствующаго симптома, остается то, что англичане весьма мѣтко называютъ *irritable*



bladder", т. е. чрезмерная чувствительность пузыря, благодаря которой последний может наполняться только в очень незначительной степени, реагируя на это наполнение весьма энергичным сокращением своей мускулатуры.

Может пузырь вовлекаться в заболѣванія, при страданіяхъ внутреннихъ половыхъ органовъ, и чисто механически. Такъ, воспаления матки и ея придатковъ зачастую ведутъ къ перивезикальнымъ сращениямъ. Воспалительные экссудаты и опухоли матки могутъ обусловливать сжатіе уретры и шейки пузыря. Еще чаще, особенно при большихъ опухоляхъ шейки и широкихъ связокъ, имѣетъ мѣсто такое же ущемленіе пузыря, какое наблюдается при retroflexio uteri gravidi. Тогда мы встрѣчаемъ у больныхъ характерный для этого страданія симптомъ — ischiuria praedoxa: пузырь можетъ быть чрезвычайно наполненъ, большая же, вслѣдствіе постоянного позыва на мочу, на который пузырь отвѣчаетъ очень недостаточнымъ опорожненіемъ, кажется, будто она испустила чрезвычайно большое количество мочи.

Что касается кишечнаго тракта, то мы встрѣчаемъ здѣсь при женскихъ болѣзняхъ чрезвычайно часто очень сильныя запоры. И здѣсь важную роль играютъ механически дѣйствующіе моменты, новообразованія и воспалительныя опухоли внутреннихъ половыхъ органовъ и смѣщенія матки кзади. При этомъ, однако, надо помнить, что съ одной стороны, даже весьма объемистыя опухоли позволяютъ прямой кишкѣ уходить въ вогнутость крестца и, такимъ образомъ, избѣгать суженія просвѣта, а съ другой — что запоры являются страданіемъ и безъ того весьма часто встрѣчающимся у лицъ женскаго пола. Здѣсь весьма важную этиологическую роль играютъ нерациональное воспитаніе и несоотвѣтствующій образъ жизни, а также вялость брюшныхъ стѣнокъ и энтероптозъ, остающіеся послѣ беременности.

Еще мало выяснена генетическая связь между гинекологическими заболѣваніями и нѣкоторыми кожными пораженіями. Freund (младшій) находилъ часто у беременныхъ, а также и вообще у зрѣлыхъ въ половомъ отношеніи женщинъ (за исключеніемъ анемичныхъ субъектовъ) дермографизмъ. Явленіе это состоитъ въ томъ, что, если мы проведемъ по кожѣ, особенно въ области груди и живота, концомъ пальца или какимъ-либо тупымъ предметомъ, то на этомъ мѣстѣ появляется розовая окраска, которую можно видѣть иногда въ продолженіи нѣсколькихъ часовъ. Risk наблюдалъ въ связи съ заболѣваніями полового аппарата у женщинъ сыпи и воспалительныя заболѣванія кожи. По Freund'у, фактъ этотъ объясняется „внутренней секретіей яичниковъ“, причемъ вазомоторныя аппараты и кровь принимаютъ на себя роль посредника въ вовлеченіи кожи въ страданіе. Negri и др. видятъ въ такого рода пораженіяхъ кожи частичныя проявленія истеріи и невралгій, т. е., стало быть, ставятъ ихъ въ зависимость отъ возбудимости нервной системы.

Примѣромъ можетъ служить слѣдующій случай :

Большая 24 лѣтъ, менструируетъ съ 14 лѣтъ, весьма продолжительное время страдала сильной анеміей, замужемъ 2 года, бездѣтна. Въ 1898 г., по совѣту A. Neisser'a, больная обратилась ко мнѣ по поводу имѣвшейся у нея уже цѣлый мѣсяцъ крапивницы, локализовавшейся главнымъ образомъ на туловищѣ, но имѣвшейся и на другихъ частяхъ тѣла; крапивная высыпь, повидимому, находилась въ связи съ заболѣваніемъ половой сферы. При изслѣдованіи, слѣва возлѣ матки я нашелъ кисту, величиною съ дѣтскую головку. Во время операціи оказалось, что это — трубно-яичниковая киста, сильно сращенная съ окружающими частями; справа были уничтожены сращения трубы и яичника. Черезъ нѣсколько дней послѣ удаленія кисты крапивница исчезла и больше уже не возвращалась. Спустя два года я видѣлъ пациентку, которая чувствовала себя вполне хорошо. Беременности еще не было.

У женщинъ съ мужскимъ типомъ, при порокахъ развитія половыхъ органовъ и при гермафродитизмѣ, мы иногда встрѣчаемъ ненормальный ростъ волосъ.

Изъ мѣстныхъ болей тѣ, которыя вызываются сокращеніями матки, нестойковыя, даже наблюдательными больными не всегда правильно. Эти боли опредѣляются то какъ тянущія боли въ паховой области, то какъ чувство давленія въ крестцѣ, то какъ ощущение напора на пузырь, то какъ ясныя періодическія схватки въ подременной области. Чѣмъ эти боли энергичнѣе, чѣмъ больше

онѣ походятъ на родовыя боли. Мы встрѣчаемъ ихъ во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, когда имѣемъ дѣло съ ненормальною или съ ненормально-увеличенною секретіей матки, а также съ новообразованиями, которыя вдаются въ просвѣтъ матки и растягиваютъ ее полость, т. е. съ большими слизистыми полипами, субмукозными фиброидами, иногда раками маточнаго тѣла.

Сильнѣе всего эти боли ощущаются въ тѣхъ случаяхъ, когда, кромѣ патологическаго содержимаго въ маткѣ, имѣетъ еще мѣсто одновременное раздраженіе очень чувствительныхъ, остро или хронически воспаленныхъ органовъ, какъ это было уже нами указано выше, когда мы говорили о дисменоррее.

Если эти боли локализируются преимущественно съ правой стороны нижней части живота, то отличіе отъ аппендицита иногда является дѣломъ очень нелегкимъ.

Очень типическую форму эти боли приобрѣтаютъ приблизительно въ срединѣ промежутка между двумя менструаціями («Mittelschmerz»). Въ это время, если боли были и раньше, то онѣ усиливаются, если же ихъ не было, то появляются и воспринимаются, какъ сокращенія матки. Во время ихъ приступовъ слизистыя истеченія изъ матки обычно усиливаются, прекращаясь съ окончаніемъ болей. Mittelschmerz является симптомомъ хроническаго эндометрита.

Помимо тѣхъ ощущеній, которыя должны быть истолкованы, какъ результатъ сокращеній матки, мы встрѣчаемъ при заболѣваніяхъ женской половой сферы еще чрезвычайно разнообразныя симптомы, которые исходятъ изъ нервной системы. Мы различаемъ двѣ главныя группы этихъ симптомовъ: 1) мѣстные нервныя заболѣванія resp. нервные инсульты, обусловленные страданіемъ половой сферы, и 2) общіе неврозы, вызванные тою же причиною.

Первые локализируются преимущественно въ тазу, причѣмъ во многихъ случаяхъ чувствительное мѣсто какъ разъ соответствуетъ мѣстоположенію больного органа. — воспаленныя яичники, воспаленныя трубы, свѣжіе рубцы являются чувствительными, какъ таковыя. Чувствительность усиливается при механическихъ инсультѣхъ, напр. при прикосновеніи исследующимъ пальцемъ, вслѣдствіе давленія со стороны проходящаго мимо комка кала и при введеніи *sub coitu* полового члена. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, по наблюденіямъ *Oritz'a*, исходнымъ пунктомъ болей являются тазовыя вены, особенно эггатицескія.

Весьма часто, однако, наблюдаются при гинекологическихъ заболѣваніяхъ и такія боли, которыя ощущаются большими не въ пораженномъ мѣстѣ, хотя и локализируются въ тазу. Сюда относятся боли въ подвздошной области, въ *introitus vaginae*, въ пузырьѣ и въ крестцово-кончикомъ сочлененіи («*coccygodynia*»). Во многихъ случаяхъ нетрудно понять непосредственную связь между фокусомъ заболѣванія и локализацией этихъ болей; такъ, напр., *coccygodynia* можетъ быть объяснена тѣмъ, что флегмонозный процессъ изъ параметрія или мезоварія распространился дальше; равнымъ образомъ понятенъ и переходъ параметритическаго или периметритическаго процесса на *plexus ischiadicus* и появленіе болей въ одной или

обѣихъ нижнихъ конечностяхъ. Однако, въ нѣкоторыхъ случаяхъ этого непосредственнаго причиннаго соотношенія уловить нельзя. Последняго рода припадки мы называемъ, вмѣстѣ съ Негар'омъ, «пояснично-мозговыми припадками». Поясничный отдѣлъ спинного мозга является центромъ большей части нервовъ, проходящихъ въ тазу, и представляетъ собою центральный органъ, изъ котораго передаются рефлекторно боли въ мѣста, находящіеся далеко отъ locus morbi; таковы, напр., боли въ introitus vaginae при oophoritis chronica.

Боли и слабость нижнихъ конечностей, хотя и могутъ проявляться въ далеко лежащихъ нервныхъ путяхъ, однако весьма часто зависятъ отъ непосредственнаго давленія plexus ischiadici. Такого рода боли вызываетъ, напр., давленіе со стороны ретрофлексированнаго маточнаго тѣла, натяженіе или раздраженіе брюшины въ томъ мѣстѣ, гдѣ plexus выходитъ изъ incisura ischiadica major, и давленіе со стороны параметрального экссудата, распространяющагося подъ брюшиной, на вѣтви plexus cruralis.

Нижеслѣдующаго рода явленія не могутъ быть объяснены непосредственнымъ давленіемъ, хотя зависимость ихъ отъ половыхъ страданій легко можетъ быть доказана:

1) Больная 40 лѣтъ, рожала 6 разъ, послѣдній разъ три года тому назадъ, около 2 лѣтъ страдаетъ болями въ крестцѣ и въ нижнихъ конечностяхъ, запорами и по временамъ задержкою мочи. Уже годъ боли и слабость въ нижнихъ конечностяхъ такъ велики, что больная почти постоянно принуждена оставаться въ постели.

При ислѣдованіи мы находимъ рѣзко выраженную ретрофлексію матки, стѣнки которой утолщены, а полость увеличена до 10 сантиметровъ. Оба параметрія нетронуты, и оба яичника нормальны. Главныя жалобы больной на боли въ нижнихъ конечностяхъ, вслѣдствіе которыхъ больная почти совершенно не въ состояніи ходить; если же она пытается пройти, то можетъ это сдѣлать, лишь перегнувшись вѣзмъ туловищемъ впередъ. Эти явленія обусловлены, какъ показалъ неврологическій діагнозъ проф. Unverricht'a, распространеннымъ невритомъ nervi ischiadici обѣихъ сторонъ съ ясно выраженной реакціей перерожденія.

20/x 1889 г. вентрофиксация матки. Функціональный результатъ операціи поразителенъ: пациентка не только можетъ теперь ходить хорошо и прямо, у ней не только исчезли почти совершенно боли въ ногахъ, но и объективно можно констатировать улучшеніе страданія. Mm. peronei et tibiales теперь съ обѣихъ сторонъ электрически возбудимы, хотя еще и неполнѣ нормально.

2) Больная 38 лѣтъ, 10 лѣтъ состоитъ въ бездѣтномъ бракѣ. Будучи дѣвушкой, а также въ первые годы супружества она была вполне здорова; 5 лѣтъ тому назадъ у ней начали отказываться дѣйствовать ноги; она не ощущала болей, но весьма легко утомлялась; это утомленіе съ годами все усиливалось. Приблизительно въ то же время врачами была констатирована опухоль, исходящая изъ матки. Мѣсячныя усилились весьма незначительно; во время ихъ чувство утомленія въ ногахъ, пожалуй, нѣсколько значительнѣе.

1/xi 1891 г. я констатировалъ у больной міому, доходящую до пупка и лежащую большею частью въ тазу. Пациентка ходитъ какъ-то странно, толчками: діагнозъ професс. Unverricht'a — спастическій спинальный параличъ.

12/xi 1891 г. суправагинальная ампутація матки по Негар'у. Уже непосредственно послѣ операціи пациентка замѣчаетъ измѣненія своей болѣзни къ лучшему: судорожныя сокращенія, которыя она ощущала въ ногахъ даже лежа, и которыя иногда мѣшали ей спать, значительно уменьшились, такъ что послѣ операціи пациентка спала такъ, какъ давно уже не спала. Улучшеніе было замѣтнѣе всего, когда пациентка 3/xi оставила кровать. Больная спотыкается теперь еле замѣтно и чувствуетъ въ ногахъ гораздо больше силы. Полгода спустя, пациентка писала мнѣ, что чувствуетъ себя вполне хорошо.

3) Больная 34½ лѣтъ, рожавшая 4 раза, въ послѣдній разъ 6 лѣтъ тому назадъ. За нѣсколько лѣтъ передъ поступленіемъ подверглась операціи выскабливанія, затѣмъ ей былъ вставленъ пессарій, вынутый, однако, черезъ 2 недѣли.

Около 11 недѣль тому назадъ пациентка, выпрямившись изъ согнутаго положенія, внезапно почувствовала боли въ крестцѣ. Боли эти потомъ постепенно ослабѣли, но за то возникли боли въ лѣвой ногѣ и тянущее ощущеніе отъ бедра къ ножнымъ пальцамъ. Особенно сильны были эти боли въ колѣнѣ. Пациентка не могла ходить, вовсе не могла лежать на лѣвомъ боку и съ трудомъ — на спинѣ.

Со стороны хирурговъ (проф. Kausch) вопросъ о кокситѣ рѣшенъ отрицательно. При давленіи на п. tibialis и п. peroneus въ подколенной ямкѣ, нѣкоторая чувствительность была найдена лишь въ моменты сильнаго надавливанія.

Со стороны невропатологовъ (проф. Foerster) были констатированы нѣкоторыя болѣзненные точки въ области крестца и копчика. Предположено, что больная, вставая, растянула plexus, что повело къ невриту и невралгіи. Назначены салициловые препараты и тепло, но безъ успѣха.

16/xi 1903 г. надлобковой крестообразный разрѣзъ живота и вентрофиксация матки, находившейся въ положеніи retroflexio mobilis.

20/xi боли въ ногѣ стали значительно меньше.

26/xi боли почти совершенно исчезли.

28/xi боли прошли, осталось лишь легкое тянущее ощущеніе.

30/xi пациентка встала, лѣвая нога еще слабовата, но больше никакихъ разстройствъ нѣтъ.

4) Больная 58 л., 4 раза рожавшая, съ 1894 г. все время оставалась въ постели, не имѣя возможности ходить вслѣдствіе постоянныхъ болей въ ногахъ, особенно въ правой, и въ спинѣ.

Пациентка признана истеричною и была пользуема, какъ таковая.

При изслѣдованіи, найденъ перегибъ матки кзади, фиксированный справа и позади. Для послѣдовательнаго гинекологическаго леченія больную нельзя пошевелить.

Въ 1904 г. предпринятъ гинекологическій массажъ, который сдѣлалъ матку подвижнѣе; пессарій не переносится.

7/iv 1905 вентрофиксация послѣ предварительнаго отдѣленія слегка еще приращенной матки.

Послѣ операциі пациентка совершенно выздоровѣла; всѣ ея разстройства исчезли; она получила возможность пользоваться обѣими нижними конечностями и даже дѣлать прогулки по горамъ, — все это послѣ того, какъ ретрофлексія заставила ее 10 лѣтъ пролежать въ постели.

Гораздо труднѣе уразумѣть причинную связь между половыми заболѣваніями и припадками въ еще болѣе отдаленныхъ областяхъ нервной системы, каковы боли въ затылкѣ, между лопатками и въ области почекъ, ощущеніе тяжести подъ ложечкой и т. п. На основаніи этихъ припадковъ больныя охотно заключаютъ о заболѣваніи тѣхъ органовъ, которые лежатъ въ мѣстахъ, гдѣ чувствуется боль. Зачастую ихъ очень трудно заставить понять, какимъ образомъ эти страданія могутъ исходить отъ лежащихъ вдалькѣ тазовыхъ органовъ, и лишь резульаты рациональной гинекологической терапіи устраняютъ ихъ сомнѣнія. Сюда относятся также припадки, которымъ по большей части даютъ общее названіе истерическихихъ, и которые съ того времени, какъ существуетъ современное раздѣленіе специальностей въ практической медицинѣ, составляютъ область, гдѣ часто встрѣчаются между собою гинекологъ и невропатологъ. Припадки эти имѣютъ чрезвычайно разнообразный характеръ. Нѣтъ, пожалуй, ни одного симптома истеріи, относительно котораго нельзя было-бы строго доказать, что онъ находится въ тѣсной связи съ половымъ страданіемъ. Новѣйшимъ гинекологамъ и невропатологамъ принадлежитъ заслуга, что они стали разсматривать многія формы истеріи именно съ этой точки зрѣнія и поколебали тотъ взглядъ, что истеричныхъ субъектовъ слѣдуетъ считать за «malades imaginaires», за имѣющихъ слабую волю, безхарактерныхъ индивидовъ и за невоспитанныхъ дѣтей, по отношенію къ ко-

торымъ врачъ долженъ стоять больше на педагогической, чѣмъ на медицинской точкѣ зрѣнія.

Теперешнія наши знанія объ отношеніяхъ истеріи къ симптомамъ, наблюдающимся въ болѣе отдаленныхъ областяхъ нервной системы и находящимся въ связи съ половыми страданіями, могутъ быть резюмированы слѣдующимъ образомъ:

Въ однихъ случаяхъ данного рода у больныхъ первичной истеріи нѣтъ, и припадки зависятъ непосредственно отъ страданій половой сферы; въ другихъ истерія существуетъ первично, т.-е. имѣется ослабленная нервная система, а половыя страданія дѣйствуютъ, какъ вызывающій моментъ, какъ *agents provocateurs*.

„Сущность истеріи состоитъ въ томъ, что представленія чрезвычайно легко вызываютъ у больныхъ необыкновенныя тѣлесныя измѣненія“ (*Möbius*).

Истерія можетъ возникнуть вслѣдствіе вреднаго вліянія на нервную систему процессовъ, происходящихъ въ области половой сферы (вредное вліяніе быстро слѣдующихъ другъ за другомъ родовъ, потерь крови и т. п.), а также вслѣдствіе другихъ моментовъ (напр. наследственности).

Передача вредныхъ вліяній со стороны половой сферы можетъ при истеріи совершаться, по *Windscheid*’у, или при посредствѣ нервныхъ стволовъ и спинного мозга, или же мѣстное заболѣваніе нервовъ можетъ отсутствовать, а центральная нервная система можетъ поражаться со стороны полового аппарата рефлекторно.

Для обонхъ способовъ передачи заболѣванія со стороны полового аппарата на центральную нервную систему подойдетъ, если мы назовемъ данные припадки „рефлекторными неврозами“.

Припадки о которыхъ идетъ рѣчь, имѣютъ чрезвычайно разнообразную природу (*Windscheid*):

Общая нервозность, раздражительность, плохой сонъ, плохое пищевареніе.

Невральгіи, какъ, напр., *mastodynia*, *soscygodynia*, межреберная невральгія, *ischias*, *tic douloureux*.

Судорожныя формы и контрактуры мышцъ конечностей, желудка, *cardiac* (*ructus*) и *diaфрагмы* (*singultus*).

Параличи конечностей, особенно нижнихъ, и голосовыхъ связокъ.

Судорожный кашель (*tussis uterina*).

*Dyspnoë*, *asthma*.

Тѣ изъ указанныхъ припадковъ, которые наступаютъ остро, могутъ быть иногда вызваны давленіемъ на такъ называемыя истерогенныя зоны. Самымъ важнымъ мѣстомъ при истеріи, стоящей въ зависимости отъ страданій половой сферы, является тотъ отдѣлъ *hypogastrii*, возлѣ медиальной линіи, давая на который, *Charcot* полагалъ, что давитъ на яичники, вслѣдствіе чего и называлъ возникающіе при этомъ припадки *ovarіей*. На самомъ дѣлѣ *ovarія* не имѣетъ ничего общаго съ яичниками, такъ какъ она наблюдается и у кастрированныхъ женщинъ. Явленія *ovarіи* свидѣтельствуютъ лишь, что органы, лежащія въ *regio hypogastrica*, являются особенно чувствительными, причѣмъ таковыми могутъ быть всѣ внутренніе половые органы или ихъ части, но отнюдь не всегда непременно яичники.

Гинекологическими заболѣваніями, особенно часто вызывающими указанные симптомы, являются ретрофлексія и хроническіе воспалительные процессы матки, яичниковъ, трубъ и тазовой брюшины.

Распознаваніе того, имѣемъ-ли мы въ данномъ случаѣ дѣло съ половымъ заболѣваніемъ, или нѣтъ, ставится на основаніи результатовъ гинекологическаго изслѣдованія, причѣмъ рѣшить, зависятъ-ли припадки исключительно отъ страданія половой сферы, или они только очень живо выступаютъ на фонѣ истеріи, — бываетъ иногда весьма трудно. Съ цѣлью дифференціального діагноза *Loquet* предлагаетъ пользоваться истерическими *stigmata*; особенность истеріи заключается въ томъ, что при ней отсутствуютъ рефлексы съ конъюнктивы и мягкаго неба; поэтому прикосновеніе пальцемъ или какимъ-нибудь предметомъ къ указаннымъ органамъ не вызываетъ ни движенія рѣсницъ, ни сокращеній мышцъ глотки. Но, конечно, этотъ важный въ дифференціально-диагностическомъ отношеніи симптомъ не можетъ служить намъ руководящимъ признакомъ того, является-ли истерія первичной, или же она вызвана половымъ страданіемъ. Нѣкоторые неврологи, напр. *Eulenbурg*, отрицаютъ, будто *stigmata* патогномоничны для истеріи. Гинекологамъ извѣстно, что иногда эти *stigmata* исчезаютъ послѣ успѣш-

ного лечения болезни половой сферы. Вообще при тяжелых истерических явлениях не мѣшает приглашать на консилиумъ опытнаго невропатолога.

Вѣрность, съ какою мы, при помощи хорошо назначеннаго и проведеннаго лечения гинекологической болѣзни, можемъ устранить истерическія явленія, приближается къ точности физиологическаго эксперимента и можетъ удивить профановъ и менѣе опытныхъ врачей. Истерическіе припадки исчезаютъ, благодаря цѣлесообразной мѣстной терапіи, даже тогда, когда половое страданіе существуетъ уже очень давно. Въ тѣхъ случаяхъ, однако, гдѣ начало полового страданія относится къ весьма отдаленному времени, и гдѣ нервныя явленія успѣли сдѣлаться болѣе самостоятельными, они могутъ не исчезнуть и послѣ примѣненія гинекологическаго леченія.

При этомъ мы должны еще разъ подчеркнуть тотъ фактъ, что не всякій неврозъ, который можетъ быть названъ истерическимъ, можно отнести къ категоріи рефлекторныхъ неврозовъ, зависящихъ отъ страданія половой сферы. Даже устраненіе невроза при помощи успѣшнаго леченія одновременно имѣющагося у больной полового страданія не имѣетъ для всѣхъ случаевъ рѣшающаго значенія. Мы всегда должны помнить, что значительная часть успѣшнаго результата леченія нерѣдко должна быть отнесена насчетъ самовнушенія, которому женщины вообще чрезвычайно легко поддаются. Если мы проникнемся этимъ убѣжденіемъ, то рѣдко опибемся въ опредѣленіи значенія нервныхъ симптомовъ и ихъ связи съ одновременно существующими заболѣваніями половой сферы. Въ случаяхъ, труднѣе поддающихся анализу, необходима, какъ уже было сказано, консультація съ невропатологомъ.

Необходимо, однако, и обратное. «Первозныя», пользующіяся невропатологами, больныя должны быть подвергаемы гинекологическому изслѣдованію со стороны спеціалиста. Между тѣмъ это практикуется, по крайней мѣрѣ въ Германіи, очень рѣдко. Напротивъ, въ Соединенныхъ Штатахъ, по сообщенію Brown'a, принято за правило, въ нѣкоторыхъ психіатрическихъ клиникахъ, подвергать больныхъ женщинъ регулярному гинекологическому изслѣдованію. По Huggins'у, въ 25% душевно больныхъ женщины имѣютъ заболѣванія половой сферы.

Такимъ образомъ еще и въ настоящее время эта трудная область является далеко не со всѣхъ сторонъ освѣщенной. Ktōnig и др. высказываютъ, за послѣднее время, сомнѣніе въ томъ, чтобы гинекологическія заболѣванія могли вызывать, путемъ иррадіаціи и рефлекса, общія нервныя расстройства. По его мнѣнію, въ большинствѣ случаевъ, гдѣ у женщинъ встрѣчаются одновременно заболѣванія полового аппарата и функціональныя нервныя расстройства, имѣетъ мѣсто простое совпаденіе, а вовсе не причинная зависимость однихъ болѣзней отъ другихъ. Съ другой стороны, однако, тотъ же авторъ говоритъ, что «половыя заболѣванія въ состояніи оказывать особенно вредное вліяніе на нервную систему, и что онъ никоимъ образомъ не считаетъ ничтожнымъ вліяніе заболѣваній половыхъ частей на нервную систему и психику женщины».

Во всякомъ случаѣ одно надо имѣть въ виду, — что, кромѣ немногочисленныхъ клиническихъ работъ, существуютъ еще точныя экспериментальныя и анатомическія изслѣдованія, устанавливающія

зависимость истерически-нервныхъ припадковъ отъ заболѣваній половыхъ органовъ. Можно поэтому подписаться подъ заявленіемъ Freud'a, который говоритъ: «Можно быть различнаго мнѣнія относительно значенія психогенной и сексуальной истеріи, но какъ бы тамъ не было, новѣйшія патолого-анатомическія данныя относительно измѣненій женской половой сферы должны быть сначала проявлены независимо отъ ихъ клиническаго значенія, а затѣмъ, если они подтвердятся, — должны быть клинически оцѣнены и утилизированы».

Старое названіе «истерія» слѣдуетъ признать весьма подходящимъ для цѣлаго обширнаго комплекса нервныхъ симптомовъ.

Именно заболѣванія тѣхъ частей, которыя у древнихъ были извѣстны подъ названіемъ *hysteria*, т. е. матки и ея придатковъ, весьма часто ведутъ къ проявленію самыхъ характерныхъ и обычныхъ симптомовъ истеріи.

## Глава XXV<sup>II</sup>.

### Методы гинекологической диагностики.

Otto Küstner'a.

#### I. Клиническое изслѣдованіе.

Главный способъ изслѣдованія въ гинекологіи — это пальпация, которая является настолько же специфичною для этой отрасли медицины, насколько специфичны для изслѣдованія легкихъ и сердца аускультация и перкуссия или зрѣніе съ расслабленной аккомодацией — для изслѣдованія глазъ. Это — методъ, который въ громадномъ большинствѣ случаевъ одинъ въ состояніи помочь намъ поставить діагнозъ; съ другой стороны, это — методъ, безъ котораго нельзя обойтись и котораго нельзя замѣнить другимъ ни въ одномъ гинекологическомъ случаѣ.

Женскіе половые органы лежатъ въ тазовой полости и отчасти, особенно въ патологическихъ случаяхъ, — въ брюшной. При діагностической пальпации мы касаемся ихъ и ощупываемъ съ различныхъ поверхностей — со стороны брюшныхъ покрововъ, со стороны влагалища и прямой кишки.

Задача гинекологическаго діагноза состоитъ въ томъ, чтобы, независимо отъ данныхъ, получаемыхъ при помощи зрѣнія, отчетливо распознать прощупываемые нами предметы въ ихъ главныхъ и болѣе детальныхъ очертаніяхъ и соединить въ своемъ представленіи въ пластическую картину. Картина эта должна быть настолько ясна, чтобы было возможно передать ее на бумагѣ и такимъ образомъ дать и не изслѣдовавшему больной лицу понятіе о результатахъ пальпации, т. е. о состояніи полового аппарата больной.

Умѣнье превращать результаты ощупыванія въ пластическія представленія дается по большей части путемъ упражненій. Конечно, и здѣсь сказывается степень таланта изслѣдователя. Отъ очень свѣдущихъ товарищей мнѣ приходилось слышать, что какъ разъ эта отрасль врачебной диагностики труднѣе всего для изученія; но, съ другой стороны, при своихъ клиническихъ занятіяхъ я постоянно убѣждаюсь, что извѣстный, въ среднемъ достаточный навыкъ можетъ быть приобрѣтенъ каждымъ, и притомъ очень скоро.

Конечно, въ гинекологіи, какъ и въ другихъ областяхъ практической медицины, нельзя обойтись безъ изслѣдованія и остальныхъ частей тѣла, помимо половыхъ, такъ какъ въ пріемную врача являются больныя безъ предварительной сортировки по родамъ заболѣваній.



Если, на основаніи анамнеза, мы имѣемъ основаніе подозрѣвать у больной гинекологическое страданіе, то слѣдуетъ начать съ осмотра живота. Для этого нужно попросить больную снять корсетъ, разстегнуть панталоны и всѣ юбки, обнажить нижнюю часть живота и лечь на жесткую кушетку для изслѣдованія. Больная по большей части являются съ пустымъ пузыремъ; однако, никогда не будетъ лишнимъ справиться у нихъ насчетъ того, когда онѣ мочились, и, если это было давно, то заставить ихъ опорожнить пузырь<sup>1)</sup>. Затѣмъ приступаютъ къ осмотру живота. Если на поверхности живота замѣчаются какія-либо бугристыя возвышенія, то слѣдуетъ обратить на нихъ особенное вниманіе. Затѣмъ нужно обратить вниманіе на свойства брюшныхъ покрововъ, упруги-ли они, или вялы, и если на нихъ имѣется *striae*, то какого они характера. Послѣ этого нужно приступить къ перкуссіи живота и опредѣлить положеніе печени и селезенки. Если въ животѣ будетъ найдена опухоль, или, вообще, будетъ замѣчено мѣсто, дающее при перкуссіи рѣзкое притупленіе тона, то его границы слѣдуетъ очертить на кожѣ цвѣтнымъ карандашомъ. Наконецъ, нужно приступить къ ощупыванію живота: если въ немъ имѣются опухоли, слѣдуетъ опредѣлить ихъ консистенцію, а также прощупать почки, если брюшные покровы достаточно для этого податливы.

Послѣ того приступаютъ къ изслѣдованію половыхъ органовъ. Послѣднее начинаютъ съ осмотра наружныхъ половыхъ частей, опредѣляя, насколько срамная щель закрыта и обращая вниманіе на рубцы и дефекты въ преддверіи, на выступаніе одной или обѣихъ вагинальныхъ стѣнокъ, на свойства покрововъ вульвы и на секретъ, если таковой имѣется въ преддверіи.

Далѣе производятъ изслѣдованіе внутреннихъ половыхъ органовъ, при которыхъ должно имѣть силу слѣдующее чрезвычайно важное правило:

Никогда при внутреннемъ изслѣдованіи не надо упускать изъ виду тѣхъ предосторожностей, которыя направлены противъ перенесенія патогенныхъ зародышей. (См. главу объ антисептикѣ и асептикѣ).

Что касается инструментовъ, то относительно ихъ это правило легко выполнить; гораздо труднѣе слѣзаетъ это по отношенію къ нашимъ пальцамъ и рукамъ. При такомъ положеніи дѣла болѣе или менѣе обширная практическая дѣятельность была-бы крайне затруднена, если-бы мы, благодаря резиновымъ перчаткамъ и резиновымъ чехламъ для пальцевъ, не могли, съ одной стороны, имѣть постоянно чистой ощупывающую поверхность, а съ другой — защитить наши руки отъ соприкосновения съ зародышами, которые могутъ быть, затѣмъ, перенесены отъ одной пациентки къ другой.

Вслѣдствіе этого нужно, передъ и послѣ cadaго рукавного изслѣдованія, по крайней мѣрѣ, тщательно обмывать руки теплой водой съ мыломъ, алкогелемъ, лизоломъ, карболовой кислотой или сулемой. Изслѣдующіе пальцы смазываютъ стерильнымъ жиромъ (ланолинъ) или, еще лучше, лизоломъ. Особенно тщательно слѣдуетъ соблюдать эти правила тогда, когда мы изслѣдуемъ больныхъ, отъ которыхъ зародыши могутъ быть перенесены, при изслѣдованіи, на другихъ (гонококки). Прямокишечное изслѣдованіе и рукавное изслѣдованіе у больныхъ съ подозрѣніемъ на карциному никогда не

1) Равнымъ образомъ иногда, для полученія болѣе точной картины, приходится требовать, чтобы больная являлись на изслѣдованіе съ предварительно опорожненнымъ кишечникомъ. В. Г.

слѣдуетъ производить иначе, какъ надѣвъ резиновыя перчатки или резиновые пальцы.

Я лично примѣняю резиновыя перчатки и въ другихъ случаяхъ и рекомендую, на основаніи долговременнаго опыта, производить рукавное изслѣдованіе всегда рукой, одѣтой въ перчатку. Благодаря гладкой поверхности, послѣдняя можетъ быть послѣ изслѣдованія сдѣлана стерильной уже путемъ простого обмыванія кипяченой водой, а еще лучше — водой съ примѣсью какого-нибудь обеззараживающаго средства, лучше всего лизола; примѣняя эту мѣру, можно, безъ опасенія, изслѣдовать одну больную за другой безъ смѣны перчатки. Если, однако, можно думать, что перчатка при изслѣдованіи запачкалась вирулентнымъ гноемъ (гоноррея, ракъ), или каломъ, при изслѣдованіи *per rectum*, то для большей безопасности ее слѣдуетъ смѣнить. Для лицъ, которымъ приходится изслѣдовать десятки больныхъ, одну за другую, перчатки безусловно необходимы, ибо мытье рукъ въ промежуткѣ между двумя изслѣдованіями является слишкомъ недостаточнымъ, чтобы хотя отчасти освободить пальцы отъ микробовъ.

Если желаютъ произвести внутреннее изслѣдованіе лѣвой рукой, то слѣдуетъ садится съ лѣвой стороны больной, если же правой рукой, — то съ правой стороны. Затѣмъ раздвигаютъ правой рукой большія губы, чтобы не захватить съ собою волосъ и прилипшихъ къ вульвѣ постороннихъ тѣлъ, и вводятъ во влагалище указательный палецъ лѣвой руки. При этомъ лѣвую руку держатъ ладонной поверхностью къ промежности и, отдавливая сильно книзу уздечку и промежность, избѣгая, по возможности, прикасаться къ чувствительному уретральному отверстию, вводятъ медленно палецъ вплоть до влагалищной части матки. Мимоходомъ мы получаемъ представленіе о поверхности влагалищныхъ стѣнокъ, затѣмъ опредѣляемъ величину и форму влагалищной части, наружнаго маточнаго зѣва и его ближайшихъ окрестностей.

Сначала всегда вводятъ въ рукавъ только одинъ палецъ. Когда же мы убѣдимся въ достаточной ширинѣ рукава, то изслѣдованіе можно производить и двумя пальцами — указательнымъ и среднимъ. Это удается почти всегда, и притомъ безъ всякой боли и поврежденій, у пациентокъ, которыя уже рожали или долгое время были замужемъ.

У дѣвицъ, по большей части, нельзя ввести въ рукавъ даже одного пальца, не повредивъ при этомъ цѣлости гимена. Поэтому ихъ нужно, какъ и малолѣтнихъ, изслѣдовать не черезъ рукавъ, а черезъ прямую кишку. Если изъ полученнаго такимъ путемъ діагноза выяснится необходимость мѣстнаго леченія, то для него можно пожертвовать цѣлостью гимена, для одного же только діагноза этого дѣлать не слѣдуетъ.

Гдѣ можно, нужно всегда производить рукавное изслѣдованіе двумя пальцами. Оцѣнка размѣровъ и разстояній всегда бываетъ при этомъ гораздо вѣрнѣе, чѣмъ при изслѣдованіи однимъ пальцемъ. Мышечное чувство, передающее нашему сознанию величину угла, который мы раздвигаемъ оба осязающихъ пальца, превращается въ наше представление непосредственно въ весьма точную картину разстоянія концовъ пальцевъ. Если же мы станемъ изслѣдовать только однимъ пальцемъ, то представленіе о величинѣ ошупываемаго тѣла составляется нами лишь при помощи передвиженій, которыя мы дѣлаемъ верхушкой пальца по поверхности этого тѣла или вокругъ него; полученное такимъ путемъ представленіе является гораздо менѣе точнымъ. Однимъ словомъ, стереометрическая картина весьма много выигрываетъ при изслѣдованіи двумя пальцами.

Весьма важно, чтобы при введеніи пальцевъ во влагалище мы не вызывали у изслѣдуемыхъ ни боли, ни эротическаго возбужденія. Оба эти чувства вызываютъ сокращенія брюшныхъ стѣнокъ, а также и другихъ мускульныхъ группъ, что дѣлаетъ невозможнымъ проникновеніе наружной рукой въ глубину таза. Поэтому слѣдуетъ избѣгать прикосновенія къ передней части преддверія, т. е. къ уретральному отверстию и клитору, и нужно довести треніе при изслѣдованіи до возможнаго минимума. Для данной цѣли нужно изслѣдующіе пальцы смачивать скользящими веществами, медленно вводять ихъ и дѣлать ими въ рукавѣ возможно меньше движеній.

Между тѣмъ какъ пальцами одной руки мы производимъ ощупываніе черезъ влагалище, другой рукой мы осторожно, но энергично надавливаемъ на брюшные покровы тотчасъ надъ лобкомъ и идемъ такимъ образомъ навстрѣчу пальцамъ, находящимся въ рукавѣ.

Очень важно умѣть такъ приготовить больныхъ, чтобы брюшные покровы ихъ были достаточно расслаблены для прощупыванія тазовыхъ органовъ. Кромѣ боли и возбужденія, мѣшаютъ этому еще и другіе душевные эффекты, особенно боязнь. Многія больныя уже являются въ приемную врача со страхомъ. Приготовленія и впечатлѣнія, получаемыя больной во время пріема, не могутъ дѣйствовать успокаивающимъ образомъ. Поэтому нужно шадить больныхъ и избѣгать всякаго непріятнаго для нихъ впечатлѣнія. Въ этихъ видахъ я сначала изслѣдую своихъ пациентокъ не на общеупотребительномъ креслѣ<sup>1)</sup>, но на обыкновенной кушеткѣ съ твердыми подушками. Какъ уже было сказано, вся одежда, затрудняющая изслѣдованіе, должна быть скинута; сюда относятся панталоны и все, что покрываетъ животъ и стягиваетъ его: корсетъ и всѣ юбки. Если мы не желаемъ заставлять больную раздѣваться до сорочки, то развязанныя юбки и панталоны могутъ покрывать ноги и нижнюю часть тѣла, а рубашка — верхнюю часть.

Кромѣ того, для успѣха пальпаціи весьма важно укладывать больныхъ такъ, чтобы онѣ не напрягали стѣнокъ живота. Когда больная лежитъ съ выалымъ крестцомъ и лордотически выгнутыми поясничными позвонками, то содержимое брюшной полости перемѣщается кпереди и такимъ образомъ поддерживаетъ напряженность брюшныхъ стѣнокъ. Поэтому больная должна лежать съ кифотически согнутой поясничной частью позвоночника, нѣсколько съжившись. Уговоры принятъ такое положеніе по большей части немного помогаютъ, — лучше всего такъ устроить кушетку, чтобы больныя не могли лежать иначе, какъ съ приподнятымъ крестцомъ, опущенною поясницей и спиной, приподнятыми плечами, которыя должны находиться приблизительно на равной высотѣ съ крестцомъ, и еще болѣе приподнятой головой. Достигается это проще всего тѣмъ, что мы подкладываемъ подъ крестецъ довольно высокую, туго набитую подушку, такъ чтобы половые органы и заднепроходное отверстіе приходились какъ разъ на краю послѣдней. Если больная лежитъ на устроенной такимъ образомъ кушеткѣ, и если заставить ее затѣмъ немного привести къ туловищу умѣренно раздвинутыя бедра такъ, чтобы они со-

1) Въмѣсто сложныхъ, дорогихъ креселъ, для гинекологическаго изслѣдованія можно пользоваться небольшимъ столикомъ имѣющимъ около 100 сант. въ длину, 60 въ ширину и 80 въ высоту. Крышка этого стола состоитъ изъ 2 частей: одна (ножная) прикрѣплена неподвижно въ горизонтальномъ положеніи, другая (головная) поднимается на петляхъ и можетъ быть установлена на любой высотѣ при помощи подставки. Сверху столикъ покрытъ туго набитымъ клеенчатымъ матрацомъ. Къ ножному концу стола приставляется скамейка (около 90 сант. высотой), на верхней ступенькѣ которой больная помѣщаетъ свои ноги. Такой столикъ можетъ быть сдѣланъ любымъ столяромъ; стоитъ онъ гораздо дешевле кресла, а между тѣмъ не менѣе послѣдняго удобенъ для изслѣдованія, главное же — не производитъ на больныхъ такого устрашающаго впечатлѣнія. В. Г.

ставляли съ туловищемъ прямой уголъ, то мы въ большинствѣ случаевъ устранимъ при этомъ напряженіе даже самыхъ упругихъ брюшныхъ стѣнокъ.

Въ каждомъ случаѣ мы должны постараться получить, при помощи пальпации, вполне ясную топическую картину всего содержимаго таза; для этой цѣли изслѣдованія со стороны рукава и брюшныхъ покрововъ не всегда бываетъ достаточно, а иногда приходится прибѣгать къ изслѣдованію чрезъ прямую кишку.

Дѣло въ томъ, что если влагалище достаточно упруго, то задній сводъ его нельзя настолько высоко смѣстить вверхъ, чтобы можно было съ достаточной ясностью ощупать заднюю поверхность матки и широкихъ связокъ и яичники; чрезъ прямую же кишку ощупываніе этихъ частей обыкновенно удается легко. Введеніе одного пальца въ rectum переносится большинствомъ больныхъ хорошо, лишь у весьма немногихъ женщинъ оно вызываетъ сильные тенезмы, а слѣдовательно и напряженіе брюшныхъ стѣнокъ. Тоже самое бываетъ съ большинствомъ женщинъ, если ввести имъ въ rectum два пальца. Здѣсь иногда помогаетъ угавариваніе больныхъ. Между тѣмъ какъ указательный палецъ вводится въ прямую кишку, — большой палецъ вводится въ рукавъ, причемъ онъ отлично помогаетъ ориентироваться указательному пальцу<sup>1)</sup>.

Очень важно для гинеколога пріучить къ бимануальному изслѣдованію одинаково обѣ руки такъ, чтобы для него было одинаково удобно пальпировать лѣвой рукой *per vaginam*, а правой со стороны брюшныхъ покрововъ, и наоборотъ.

Ежедневная практика настоятельно требуетъ этой ловкости обѣихъ рукъ: одна кровать стоитъ у стѣны правой стороной, другая — лѣвой, и не всегда бываетъ удобно отодвигать кровать больной или заставлять послѣднюю перемѣнять положеніе. Если гинекологъ пріобрѣтъ эту ловкость въ обѣихъ рукахъ, то онъ долженъ стараться сохранить ее постоянными упражненіями, такъ какъ ее легко опять потерять.

Очень часто одинъ и тотъ же случай требуетъ изслѣдованія *per vaginam* обѣими руками. Каждое вынужденное положеніе тѣла, каждое вынужденное держаніе руки въ высокой степени вліяетъ на результаты изслѣдованія путемъ пальпации. Рука нана находится въ неудобномъ положеніи, если она сильно супинирована; напротивъ, весьма удобнымъ положеніемъ, въ которомъ легко воспринимаются осязательныя впечатлѣнія при ощупываніи, является среднее положеніе между пронаціей и супинаціей. Но это положеніе годится только для ощупыванія одной половины таза, именно той, которая обращена къ ладонной поверхности. Если данный случай требуетъ того, чтобы особенно тщательно изслѣдовать боковыя части таза, то для лѣвой половины таза нужно пользоваться лѣвой рукой, а для правой — правой.

Если первая попытка пальпации была безуспѣшна, то очень часто удается новая попытка на слѣдующій день. Больная, зная уже, что ее ожидаетъ, зная, что ей не причинятъ боли, спокойно поддается вторичному изслѣдованію. Съ другой стороны и изслѣдующій не имѣетъ уже дѣло съ совершенно незнакомымъ случаемъ; ему приходится только восполнить ту картину, главныя черты которой уже имѣются въ его головѣ. Я рекомендую даже, какъ правило, изслѣдовать нѣсколько разъ тѣ случаи, которые почему-либо являются трудными. Этотъ методъ весьма способствуетъ ясности диагноза.

Если мы имѣемъ дѣло съ больной, у которой существуютъ нормальныя анатомическія отношенія, то при помощи вышеописанныхъ пріемовъ нужно опредѣлить сначала положеніе и форму матки, де-

1) Особый видъ ректального изслѣдованія предложенъ Келлу. Способъ этотъ состоитъ въ изслѣдованіи чрезъ наполненную воздухомъ прямую кишку, при положеніи больной съ приподнятымъ тазомъ. Техника его состоитъ въ слѣдующемъ: опорожнивъ кишечникъ больной, кладутъ ее въ колѣнно-грудномъ положеніи, вводя въ прямую кишку круглое зеркало съ обтураторомъ, извлекаютъ послѣдній (причемъ воздухъ входитъ въ прямую кишку), затѣмъ осторожно переводятъ больную въ спинно-крестцовое положеніе съ приподнятымъ тазомъ и тогда начинаютъ изслѣдовать бимануально. При этомъ тазовые органы прощупываются гораздо отчетливѣе, чѣмъ при обыкновенномъ прямокішечномъ изслѣдованіи, такъ какъ всѣ кишечныя петли являются отѣсненными вверхъ. В. Г.

жащей обычно въ антеверсии, — далѣе, нужно при помощи передвиженій матки констатировать ея подвижность, — ясно прощупать оба яичника. — установить, что продольная ось послѣднихъ направлена сзади и сверху впереди и книзу. — прощупать Douglas'овы складки и убѣдиться, что онѣ совершенно мягки и нѣжны, ясно прощупать точки ихъ прикрѣпленія приблизительно на 3 сантиметра выше наружнаго маточнаго зѣва.

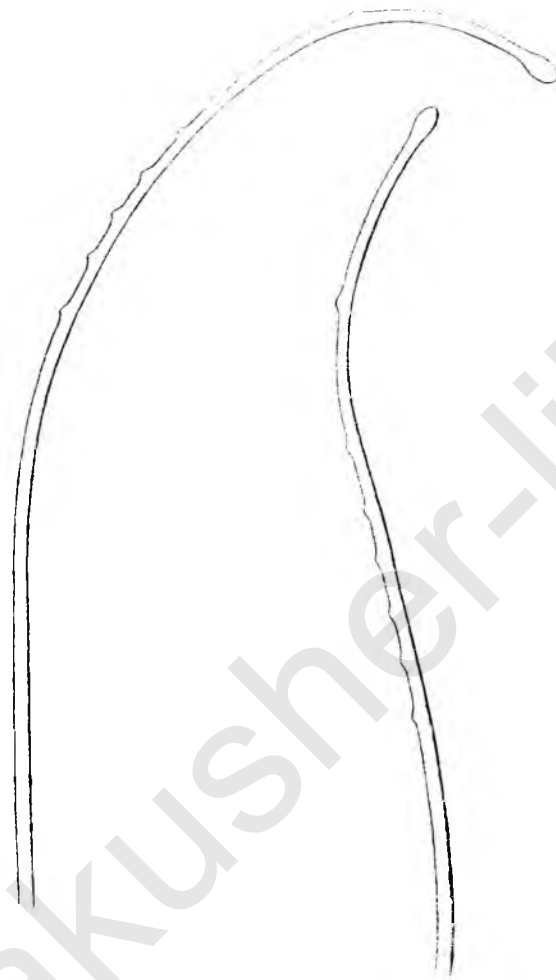


Рис. 308.

Рис. 308. 4-миллиметровый зондъ съ изгибомъ для нормально лежащей матки. (Schultze. Lageveränderungen, S. 120),  $\frac{2}{3}$  nat. вел.

Рис. 309.

Рис. 309. 4-миллиметровый зондъ съ изгибомъ для ретрофлексированной матки (Schultze, Lageveränderung S. 142),  $\frac{2}{3}$  nat. вел.

Къ числу пальпаторныхъ методовъ, притомъ такихъ, которые преслѣдуютъ преимущественно измѣрительныя задачи, принадлежатъ также и з е л ѣ д о в а н и е з о н д о м ѣ.

Послѣ того, какъ Sims ввелъ этотъ инструментъ въ гинекологическую практику, важность его была сначала преувеличиваема, а область его примѣненія чрезвычайно расширена; въ нашихъ же рукахъ кругъ примѣненія зонда значительно сужился, причемъ зондированіе уступило свое мѣсто бимануальной пальпации.

Въ настоящее время маточный зондъ долженъ быть прежде всего инструментомъ измѣрительнымъ, а поэтому онъ всегда долженъ быть снабженъ масштабомъ. Гинекологу недостаточно имѣть только одинъ экземпляръ зонда съ пуговкою приблизительно въ 4 миллиметра въ диаметръ, но нужно имѣть цѣлый наборъ

ихъ, около 9 штукъ, съ калиброванными пуговками отъ 2-хъ до 10 миллиметровъ въ поперечникѣ. При помощи этихъ инструментовъ можно точно опредѣлить длину, ширину или узость даннаго канала, т. е., стало быть, маточной полости.

Единственно, поэтому, годными инструментами являются зонды Schultze. Для того, чтобы опредѣлить положеніе матки, въ настоящее время мы больше не нуждаемся въ зондѣ, — это достигается въ большинствѣ случаевъ при помощи

единственно, поэтому, годными инструментами являются зонды Schultze. Для того, чтобы опредѣлить положеніе матки, въ настоящее время мы больше не нуждаемся въ зондѣ, — это достигается въ большинствѣ случаевъ при помощи

бимануального изслѣдованія. Лишь тамъ, гдѣ, благодаря весьма сложнымъ анатомическимъ отношеніямъ, одного бимануального изслѣдованія является недостаточно, гдѣ лежащія около матки опухоли дѣлаютъ ее недоступной изслѣдующей рукѣ, или же когда опухоли, исходящія изъ стѣнокъ матки или сосѣднихъ съ нею органовъ, не позволяютъ распознать, которая изъ прощупываемыхъ бугристостей является маткой, только тогда мы прибѣгаемъ къ зонду и дополняемъ картину, полученную путемъ пальпации, опредѣленіемъ направленія маточной полости.

Зондъ отнюдь не долженъ быть твердымъ, неподатливымъ инструментомъ; для каждаго случая нужно придавать ему такой изгибъ, который соотвѣтствовалъ-бы предполагаемому положенію матки, опредѣленному при помощи бимануального изслѣдованія.

Соотвѣтствующія нормальному положенію матки и ретрофлексіи ея кривизны зонда изображены на прилагаемыхъ рисункахъ (рис. 308 и 309). При введеніи зонда никогда не слѣдуетъ употреблять насилія; равнымъ образомъ никогда не слѣдуетъ вводить зондъ черезъ трубчатое зеркало и пользоваться во всѣхъ случаяхъ зондомъ съ однимъ и тѣмъ же искривленіемъ, такъ какъ при этомъ мы навѣрное можемъ повредить матку. Пользоваться зондомъ слѣдуетъ единственно для того, чтобы опредѣлить направленіе маточнаго канала или его длину и ширину, причемъ я совѣтую дѣлать это по возможности подъ контролемъ глаза. Техника зондирования состоитъ въ слѣдующемъ: обнаживъ влагалищную часть при помощи одного или двухъ ложнообразныхъ зеркалъ, захватываютъ ее пулевыми щипцами, придаютъ зонду искривленіе, соотвѣтствующее предполагаемому положенію матки, и вводятъ его въ матку, продезинфицировавъ предварительно какъ самый инструментъ, такъ и влагалищную часть.

Случалось, *horribile dictu*, что женщины умирали отъ послѣдствій зондирования, а именно, отъ септического перитонита, вызваннаго инфицированнымъ зондомъ. Фактъ этотъ, даже если-бы онъ встрѣчался въ единичныхъ случаяхъ, даетъ намъ право требовать соблюденія возможно строгій антисептической профилактики даже при такомъ простомъ актѣ, какъ зондированіе матки. Въ этихъ видахъ, если мы желаемъ ввести въ матку зондъ безъ контроля глаза въ обыкновенномъ спинномъ положеніи женщины, то должны предварительно основательно продезинфицировать влагалище, вытирая его шариками, смоченными въ растворѣ сулемы.

Очень важное диагностическое значеніе имѣетъ зондированіе пузыря<sup>1)</sup>. Пузырь срощенъ задней своей стѣнкой, при посредствѣ упругой ткани, со всей передней поверхностью маточной шейки, поэтому движенія, положеніе и измѣненія формы передней мочеиспускательной стѣнки, а также, въ большинствѣ случаевъ, и всей шейки являются вполне соотвѣтствующими движеніямъ, положенію и измѣненіямъ формы задней пузырной стѣнки. Такимъ образомъ пузырь принимаетъ участіе въ большинствѣ измѣненій формы и положенія матки. Оттого изслѣдованіе положенія пузыря зондомъ можетъ имѣть рѣшающее для діагноза значеніе, все равно, идетъ-ли дѣло объ опухоляхъ матки, или ея придатковъ. Для зондирования пузыря слѣдуетъ употреблять зондъ съ пуговкою въ 6 милл.

1) Въ большинствѣ случаевъ изслѣдованіе пузыря при помощи зонда можетъ быть съ выгодой замѣнено изслѣдованіемъ его при помощи катетера достаточной длины. В. Г.

Большое значеніе для полученія ясной картины гинекологическаго заболѣванія имѣть измѣреніе. Не говоря уже объ ощепринятомъ измѣреніи окружности живота при помощи измѣрительной ленты и объ упомянутомъ выше измѣреніи зондомъ, при увеличеніи внутреннихъ половыхъ органовъ и опухольяхъ ихъ весьма полезно прибѣгать еще къ измѣренію циркулемъ. О вѣншихъ измѣреніяхъ, которыя нужно дѣлать черезъ брюшные покровы, говорить нечего, такъ какъ это само собою понятно. Но особенно важно бываетъ зачастую измѣрить разстояніе между точками, которыя можно ощупать только при бимануальномъ изслѣдованіи; для этого одну ножку циркуля вводятъ во влагалище или въ прямую кишку, а другую ставятъ на брюшные покровы. Безъ измѣренія разстояніе это легко преувеличивается.

Описанные методы изслѣдованія являются вполне достаточными для большинства гинекологическихъ случаевъ. Но, если больныхъ никакъ нельзя заставить не напрягать брюшные покровы, если изслѣдование затрудняется находящимися въ тазу опухолями, которыхъ нельзя или весьма трудно отграничить отъ матки, если брюшная полость выполнена опухольными массами, смѣщающими брюшные органы путемъ давленія или натяженія, если брюшные покровы чрезвычайно жирны, или если брюшная полость наполнена свободной жидкостью, то при помощи указанныхъ способовъ не всегда можно достигнуть цѣли.

Тогда намъ слѣдуетъ прибѣгнуть прежде всего къ изслѣдованію подъ наркозомъ. Однако, чтобы изслѣдование это дало надлежащіе результаты, при немъ должны быть соблюдаемы слѣдующія условія:

1) Больная должна лежать непремѣнно на креслѣ для изслѣдованія или на столѣ, ея бедра должны быть раздвинуты и удерживаемы помощниками или цѣлесообразнымъ ногодержателемъ.

2) Наркозъ долженъ быть глубоокъ.

Изслѣдованіе на несоответствующей постели, когда изслѣдующему приходится самому поддерживать бедра больной, при поверхностномъ, неполномъ наркозѣ, который къ тому же постоянно сопровождается рвотными движеніями, оканчиваетъ даже меньше услугъ, чѣмъ изслѣдованіе безъ наркоза.

Если же брюшныя стѣнки, благодаря наркозу, совершенно ослаблены, и если больная не реагируетъ на введеніе пальца въ rectum, то въ большинствѣ случаевъ изслѣдующій получаетъ возможность ощущать тазовые органы такъ, какъ будто брюшныхъ покрововъ вовсе не существуетъ. Вѣстѣ съ тѣмъ при этомъ можно, — что составляетъ величайшее преимущество глубокаго наркоза, — производить ощупываніе нѣжно и совершенно безъ всякаго насилія. Последнее имѣетъ громадное значеніе при такихъ гинекологическихъ заболѣваніяхъ, какъ скопленіе крови и гноя въ трубахъ, параметріяхъ и тазовой брошинѣ, а также вѣматочная беременность.

Нужно подчеркнуть еще одно существенное условіе изслѣдованія подъ наркозомъ. Изслѣдованіе это нужно предпринимать лишь тогда, когда изслѣдованіе безъ наркоза, при которомъ были приняты во вниманіе все необходимыя для діагноза моменты, уже въ значительной степени уяснило характеръ заболѣванія. Особенно необходимо установить до наркоза, какія части болѣе всего чувствительны; части эти нужно изслѣдовать во время наркоза особенно осторожно, такъ какъ

тогда больные не реагируют на причиняемую имъ боль. Боль — это сторожъ здоровья.

Указаннымъ способомъ пальпація можетъ дать врачу все, что только этимъ путемъ можно достигнуть.

Исслѣдованія черезъ прямую кишку половиной руки я больше давно уже не произвожу.

Равнымъ образомъ и исслѣдованіе полною рукою, введенною въ rectum, даетъ очень немного, благодаря трудности манипулировать въ такой тѣснотѣ; съ другой стороны, это исслѣдованіе всегда связано съ значительными поврежденіями ректальной стѣнки. Вообще способъ этотъ представляетъ больше невыгодъ, чѣмъ преимуществъ.

Между тѣмъ, какъ все то, что мы прощупываемъ патологическаго въ маломъ тазу, принадлежитъ почти всегда тазовымъ органамъ, т. е., стало быть, входитъ въ область компетенціи гинеколога, припухлости (опухоли, экссудаты, кровоизліянія), располагающіяся цѣликомъ или большей своей частью надъ малымъ тазомъ, не всегда относятся къ его специальности. Поэтому, имѣя съ ними дѣло, мы пользуемся совершенно особыми методами исслѣдованія.

Прежде всего нужно установить, представляетъ-ли собою данная припухлость новообразованіе, или нѣтъ. Очень многія опухоли, лежація въ подчревной области, принадлежатъ къ кистамъ, большая часть которыхъ имѣетъ жидкое содержимое. Итакъ, прежде всего нужно рѣшить, находится-ли жидкость въ брюшинѣ въ свободномъ состояніи (асцитѣ), или же она осумкована. Вопросъ этотъ можно иногда рѣшить при помощи осмотра, въ большинствѣ же случаевъ онъ вѣрно рѣшается при помощи перкуссіи.

При свободномъ асцитѣ животъ больной, когда она лежитъ на спинѣ, представляется плоскимъ, при наличности же опухоли — куполообразно выпяченнымъ.

Свободный асцитъ, далѣе, обычно даетъ при пальпаціи болѣе отчетливую флюктуацію, чѣмъ жидкости, заключающіяся въ замкнутыхъ полостяхъ. При асцитѣ мы констатируемъ флюктуацію даже въ такихъ мѣстахъ, которыя при перкуссіи даютъ кишечный тонъ; при жидкостяхъ, замкнутыхъ въ полостяхъ, этого не бываетъ. Свободная асцитическая жидкость, далѣе, при всякомъ положеніи больной стекаетъ въ наиболѣе низко лежація мѣста брюшной полости, гдѣ и получается тупой тонъ; кишки же при асцитѣ всплываютъ вверхъ и даютъ тимпанитъ. Кистама, если она очень велика, прилегаетъ къ передней брюшной стѣнкѣ; поэтому при ней въ самыхъ высокыхъ мѣстахъ при спинномъ положеніи получается при перкуссіи притупленный звукъ, а въ самыхъ низкихъ мѣстахъ, куда оттѣсняются тонкія кишки и гдѣ находятся colon ascendens et descendens, получается кишечный тонъ.

Столь рѣзкія перкуссіонныя различія наблюдаются не всегда. При очень значительномъ накопленіи асцитической жидкости, даже и въ самыхъ высокыхъ мѣстахъ, напр. въ окрестностяхъ пупка, при спинномъ положеніи, можетъ не наблюдаться кишечнаго тона. Зависитъ это оттого, что брыжейка оказывается слишкомъ короткой для того, чтобы позволить кишечнымъ петлямъ плавать въ верхнихъ слояхъ жидкости. Этотъ обманчивый результатъ перкуссіи даетъ



иногда уже и при умеренном асцитѣ, если брыжжейка абсолютно укорочена, какъ это бываетъ при туберкулезѣ и раковомъ поражении брюшины.

Если діагнозъ склоняется въ пользу кистовидной или плотной опухоли, до дальнѣйшей задачей является опредѣленіе того, откуда происходитъ эта опухоль. Специальныя указанія на этотъ счетъ содержатся въ главахъ о новообразованіяхъ матки и яичниковъ. Здѣсь слѣдуетъ обратить вниманіе лишь на слѣдующее:

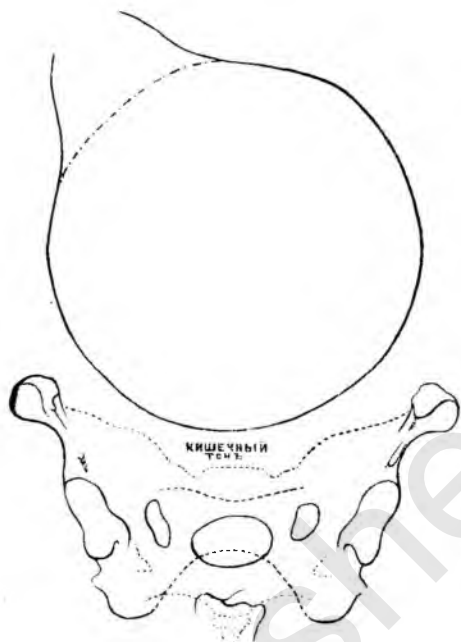


Рис. 310.

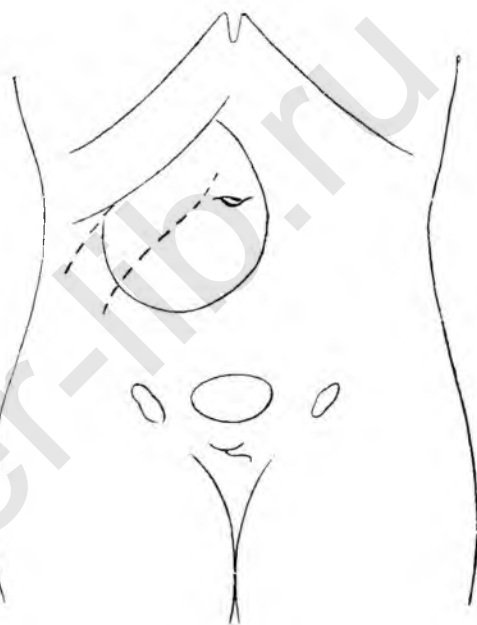


Рис. 311.

Рис. 310. Громадная водянка желчнаго пузыря. Картина, полученная при пальпации. Рис. 311. Большой правосторонній гидронефрозъ блуждающей почки. Въ epigastrium'ѣ прощупывается край реберъ, нижній край печени и сейчасъ подъ нимъ восходящая кишка (обозначена пунктиромъ): къ послѣдней прилежитъ почечная опухоль. Въ hypogastrium'ѣ обозначены нормально лежащіе яичники и матка.

Если опухоль еще относительно невелика по объему, т. е. не превосходитъ величины головы взрослого человѣка, то она не выполняетъ собою всей брюшной полости, оставляя свободными тѣ ея отдѣлы, которые наиболѣе удалены отъ органа, изъ котораго выросло новообразование. Почечная опухоль средней величины лежитъ, напр., въ правомъ или лѣвомъ mesogastrium'ѣ, печеночная опухоль или опухоль желчнаго пузыря — въ правомъ еpi- или mesogastrium'ѣ, оставляя свободными нижнія части живота, и т. д.

Если же опухоль очень объемиста, то она выполняетъ собою большую часть брюшной полости, оттѣсняетъ кишечныя петли, которыя, впрочемъ, легко опредѣляются при помощи перкуссии и пальпации подъ діафрагмой, кзади, выпячиваятъ брюшные покровы и прилегаютъ къ передней брюшной стѣнкѣ. Такъ содержится громадное большинство опухолей всѣхъ брюшныхъ органовъ: печени, желчнаго пузыря, селезенки, почекъ, ретроперитонеальной жировой гесп. соединительной ткани и внутреннихъ половыхъ органовъ. Задача гинеколога состоитъ въ томъ, чтобы поставить дифференціальный діагнозъ прежде всего по отношенію къ опухолямъ половой сферы.

Большія опухоли, не исходяція изъ внутреннихъ по-

ловыхъ органовъ, обыкновенно оставляютъ свободнымъ весь тазъ, даже верхніе его отдѣлы. Весьма рѣдки тѣ случаи, когда опухоль почки или селезенки доходитъ до входа въ тазъ. По большей части мы даже при значительной величинѣ опухоли констатируемъ надъ симфизомъ поясъ изъ кишечныхъ петель, обнаруживаемый перкуссіей. Чѣмъ опухоль меньше, тѣмъ этотъ поясъ больше. Почечныя опухоли, кромѣ того, оттѣсняютъ обыкновенно впередъ всѣ кишки, а часто даже соопъ соответствующей стороны; перкуссія даетъ поэтому притупленный звукъ въ соответствующей части сзади. Новообразования селезенки и лейкоэмическія увеличенія ея по большей части представляются въ плоской формѣ, соответствующей нормальной формѣ этого органа; кромѣ того, при пальпации обычно удается прощупать характерныя для селезенки вырѣзки. Опухоли желчнаго пузыря рѣдко доходятъ до нижней части живота, хотя мнѣ приходилось видѣть такія опухоли этого органа, которыя растягивали животъ болѣе, чѣмъ на 100 сантиметровъ въ обхватѣ.



Рис. 313.

Рис. 312. Лейкоэмическая опухоль селезенки. Больная 22 лѣтъ, менструируетъ съ 15 лѣтъ, никогда не рожала и ничѣмъ не хворала; 8 мѣсяцевъ тому назадъ мѣсячная у нея прекратилась, и съ того времени она стала замѣчать у себя постепенное увеличение живота.

Рис. 313. Злокачественная опухоль (карцинома) flexurae sigmoideae. Отсутствие связи опухоли съ половую сферою было установлено вслѣдствіе того, что подъ опухолью прощупывался яичникъ. Чревосѣченіе подтвердило этотъ діагнозъ. Больная 38 лѣтъ, рожала два раза, въ послѣдній разъ 3 года тому назадъ; опухоль замѣтила нѣсколько мѣсяцевъ тому назадъ; тогда у нея было 4 опухоли, теперь 3 изъ нихъ исчезли (каловые массы).

3 года тому назадъ; опухоль замѣтила нѣсколько мѣсяцевъ тому назадъ; тогда у нея было 4 опухоли, теперь 3 изъ нихъ исчезли (каловые массы).

Весьма отчетливо можно выяснитъ топическое отношеніе всѣхъ брюшныхъ опухолей къ толстой кишкѣ при помощи надуванія послѣдней. Для этого берутъ резиновый баллонъ, снабженный длинной резиновой трубкой, вводятъ послѣднюю глубоко въ rectum или S-образную кривизну и накачиваютъ воздухъ баллономъ. Предварительно кишки слѣдуетъ опорожнить при помощи клизмы. Послѣ надуванія толстая кишка отчетливо контурируется позади брюшныхъ стѣнокъ. Способъ этотъ даетъ весьма ясную картину и поэтому всегда долженъ быть примѣняемъ въ случаяхъ трудныхъ для діагноза<sup>1)</sup>.

Способомъ, который съ большою вѣрностью позволяетъ намъ установить связь опухоли съ половыми частями или исключить ее, является методъ Schultze:

Захвативъ влагалитную часть пулевыми щипцами, оттягиваютъ щипцы книзу; въ то же время ассистентъ долженъ крѣпко обхватить обѣими руками опухоль надъ входомъ въ тазъ и тянуть ее попеременно то вверхъ, то вправо, то влѣво. Если опухоль находится въ тѣсной связи съ мат-

1) Можно также наполнить толстыя кишки газомъ, вводя въ нихъ послѣдовательно — сначала растворъ соды, потомъ — виннокаменной кислоты. В. Г.

кой, или мы имѣемъ дѣло съ опухолью самой матки, то движенія опухоли чрезвычайно ясно передаются пупевымъ щипцамъ, которые иногда втягиваются глубоко во влагалище. Это, конечно, бываетъ и тогда, когда опухоль, хотя и не происходитъ изъ матки, но все-таки гѣсно соединена съ нею вслѣдствіе воспалительныхъ сросшеній.

Особенно ясно можно при помощи этого метода доказать связь опухоли съ половыми органами въ тѣхъ случаяхъ, когда опухоль сросшена съ брюшиной Douglas'ова кармана и прямой кишки: если оттягивать опухоль вверхъ, то вся анальная и перинеальная часть уходитъ въ тазъ.

Если дѣло идетъ объ опухоляхъ яичниковъ и ихъ придатковъ, то движенія опухолью, производимыя ассистентомъ, не передаются съ такой ясностью маткѣ, а, слѣдовательно, и щипцамъ. Происходить лишь натяженіе опухолевой ножки, которая зачастую бываетъ длинна и растяжима; натяженіе это, однако, въ большинствѣ случаевъ все-таки ясно опредѣляется чрезъ прямую кишку и менѣе ясно чрезъ соответствующій влагалищный сводъ.

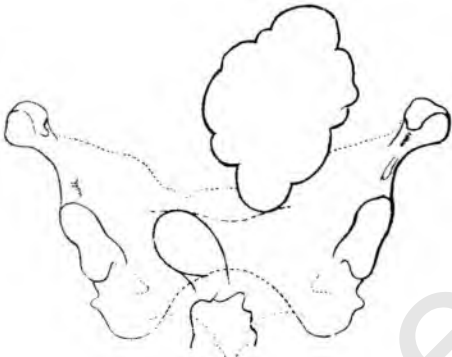


Рис. 314.

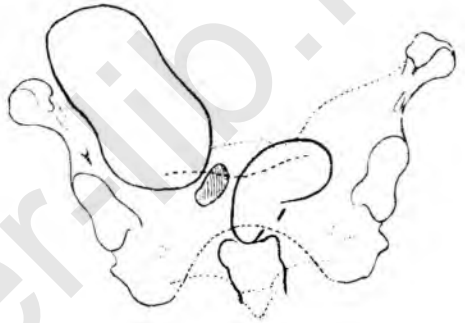


Рис. 315.

Рис. 314. Carcinoma coli descendents. Больная 53 лѣтъ, родила 3 раза, въ послѣдній разъ 24 года тому назадъ; послѣднія 8 недѣль мѣсячныя у нея отсутствуютъ; боли въ лѣвой сторонѣ живота, диарея, иногда лентоподобныя испражненія. Яичники такъ малы, что ихъ нельзя прощупать между опухолью и маткой, хотя эти части прощупываются очень хорошо.

Рис. 315. Фиброма брюшныхъ покрововъ, лежащая необыкновенно экстрамедіально. Больная 22 лѣтъ, родила 2 раза, въ послѣдній разъ 8 мѣсяцевъ тому назадъ. По словамъ пациентки, опухоль существуетъ у нея около года.

Если матка умѣренно увеличена, вслѣдствіе ли міомы, или вслѣдствіе беременности, то изъ прямой кишки нельзя прощупать ея дна; въ такомъ случаѣ, если имѣется опухоль яичника, то при оттягиваніи послѣдней вверхъ, мы ощущаемъ двумя пальцами, введенными въ rectum, вращеніе матки, которое легко истолковывается, какъ результатъ влеченія за край матки.

При значительномъ увеличеніи матки, однако, и этотъ способъ не годится. Тогда намъ приходится довольствоваться по крайней мѣрѣ тѣмъ, что движенія, сообщаемыя опухолью черезъ брюшные покровы, передаются, въ какой угодно формѣ, маткѣ, прощупываемой per rectum. Если эта передача будетъ неясною, то по крайней мѣрѣ это подтвердить, что данная опухоль не принадлежитъ маткѣ.

Хотя описанный методъ въ высшей степени заслуживаетъ довѣрія, однако онъ все-таки не чуждъ недостатковъ. Я самъ наблюдалъ, какъ большая ретроперитонеальная липома, тѣсно сросшаяся съ трубою, давала такую обманчивую пальпаторную картину, какъ будто дѣло шло объ яичниковой опухоли; тоже самое я наблюдалъ и въ одномъ случаѣ липомы сальника, которая, благодаря сросшеніямъ съ половыми органами, производила при изслѣдованіи впечатлѣніе оваріальной опухоли; наконецъ такая же картина получается при осумкованныхъ экссудатахъ<sup>1)</sup>.

1) Я наблюдалъ однажды такую обманчивую картину при гидронефрозѣ.  
В. Г.

Ощупывание внутренней поверхности матки обыкновенно нуждается въ подготовительныхъ актахъ, безъ которыхъ оно возможно лишь въ рѣдкихъ случаяхъ, именно, когда шейка матки настолько раскрыта, что черезъ нее можно пройти въ матку пальцемъ. Подобное состояніе шейки бываетъ при растяженіи ея опухолями, напр. низко сидящими или рождающимися міомами, при карциномахъ тѣла матки, во время выкидыша и въ пуэрперальномъ періодѣ. Во всѣхъ другихъ случаяхъ нужно сначала расширить матку, что достигается лучше всего при помощи разбухающихъ средствъ: тупело, прессованныхъ губокъ и особенно ламинарий.

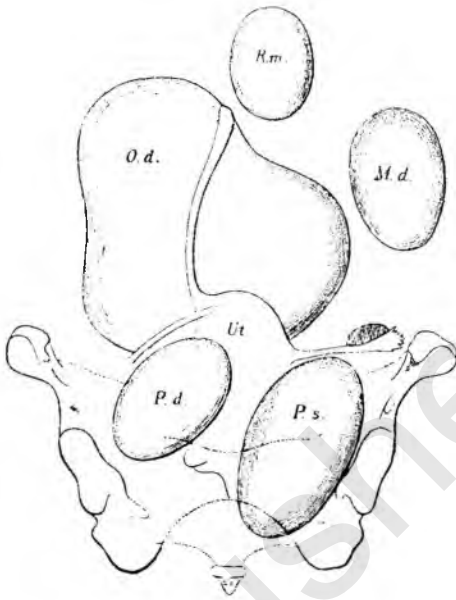


Рис 316.



Рис 317.

Рис. 316. Пальпаторная картина при тазовомъ эхинококкѣ. Пять обособленныхъ эхинококковыхъ пузырей, изъ коихъ одинъ (O. d.) лежитъ въ правомъ яичникѣ, другой (P. d.) — въ правомъ параметрії, третій (P. s.) — въ околопузырной кѣлчаткѣ справа, четвертый (M. d.) — въ Mesocolon descendens, пятый (R. m.) — въ корнѣ брыжейки. Больная 31 г., рожавшая 3 раза, въ послѣдній разъ 5 мѣсяцевъ тому назадъ. Уже 5 лѣтъ тому назадъ пациентка замѣтила у себя опухоль справа, сильно выросшую послѣ послѣднихъ родовъ. За послѣднее время появилась опухоль и слѣва. Операнія 11 vi 1899, всѣ пузыри вылуцены, причѣмъ удаленъ и правый яичникъ. Гладкое выздоровленіе.

Рис. 317. Большая міома прямой кишки. Больная 53 лѣтъ, рожавшая 2 раза, перестала менструировать 3 года назадъ, жалуется на упорные запоры. Операнія per abdomen, выздоровленіе. Опухоль сильно отѣсняла впередъ матку и ея придатки, до операнія была распознана, какъ меж-связочная міома.

Въ доантисептическое время средства эти являлись весьма опасными: часто, благодаря имъ, въ матку вводились микробы или извнѣ, или изъ влагалища. Кромѣ того, при употреблявшихся раньше методахъ нельзя было навѣрное избѣгать нѣкоторыхъ маленькихъ поврежденій и ссадинъ слизистой оболочки цервикальнаго канала и тѣла матки. Пока разбухающее средство находилось въ маткѣ, ранки эти могли инфицироваться, что влекло за собою иногда септические метриты, салпингиты и перитониты. Если же строго придерживались правилъ антисептики, то опасность отъ расширенія матки ламинаріями можетъ быть доведена до минимума, что является дѣломъ первостепенной важности, такъ какъ расширеніе при посредствѣ

ламинарий представляет собою методъ, при помощи котораго удобнѣе и вѣрнѣе всего можно изслѣдовать внутреннюю поверхность матки.

Лучшими правилами для расширения матки ламинариями являются правила Schultze.

Наружныя половыя части основательно очищаются мыломъ и щеткой, затѣмъ рукавъ спринцуются растворомъ сулемы или лизола. Послѣ этого выбираютъ изъ хранящихся въ стерильной ватѣ, или въ 10% растворѣ йодоформа въ эфирѣ, или въ 1% спиртовомъ растворѣ сулемы, ламинарий такую, толщина которой соответствовала-бы ширинѣ шейки (последняя опредѣляется предварительно зондомъ); выбранную ламинарию опускаютъ въ кипящій карболовый или сулемовый растворъ и оставляютъ тамъ на двѣ минуты, послѣ чего вынимаютъ ее стерильными щипцами, кладутъ на стерильный платокъ и придаютъ ей такую форму, какую имѣетъ матка (форма послѣдней также должна быть предварительно установлена при помощи зонда). Послѣ этого соскабливаютъ шероховатости и неровности съ поверх-



Рис. 381. Чрезмѣрно переполненный пузырь. Пузырь доходитъ до края реберъ (обозначенъ тѣнью, которая идетъ отъ *spina ant. sup. sinistra* до правой груди). Больная съ перегибомъ беременной матки (4-й мѣсяць) кзади.

ности ламинарии и еще разъ вытираютъ ее крѣпкимъ растворомъ сулемы.

Затѣмъ оттягиваютъ книзу влагалищную часть такъ, чтобы маточный зѣвъ сдѣлался доступнымъ, и вводятъ въ него осторожно ламинарию, послѣ чего тампонируютъ влагалище ватными шариками, смоченными въ дезинфицирующемъ растворѣ.

Послѣ этой операции больную уносятъ въ постель и каждыя 3 часа мѣряютъ у нея температуру; 5—8 часовъ спустя, удаляютъ ламинарию, а матку промываютъ основательно при помощи обыкновеннаго катетера Schultze.

Если палочка ламинарии имѣла вначалѣ приблизительно 4—5 миллиметровъ въ діаметрѣ, то теперь она разбухаетъ приблизительно до 10 миллиметровъ. Полученное этимъ способомъ расширение держится довольно продолжительное время, хотя и не въ первоначальной степени. Его бываетъ достаточно для леченія эндометрита промываніемъ, но недостаточно, чтобы ощупать полость матки.

Если мы желаемъ расширить маточную полость настолько, чтобы можно было ввести въ нее палецъ, то для этого нужно примѣнить еще одну ламинарию, лучше всего сейчасъ же послѣ удаленія первой. Вторая палочка должна имѣть въ толщину приблизительно 10 миллиметровъ. Спустя 8 часовъ, она разбухаетъ до 15 миллиметровъ, какового расширения обыкновенно бываетъ достаточно для введенія указательнаго пальца.

При ощупываніи внутренней поверхности матки, каковое ощупываніе всегда

надо производить пальцемъ въ резиновомъ чехлѣ, рука, пальпирующая извнѣ, помогаетъ введенному въ матку пальцу такъ же, какъ при обыкновенномъ бимануальномъ изслѣдованіи. Въ случаѣ нужды, здѣсь можно прибѣгнуть къ наркозу.

Другихъ разбухающихъ средствъ для расширенія матки я рекомендую не могу. Турело, правда, разбухаетъ скоро, но онъ имѣетъ очень мало силы; что касается прессованной губки, то такихъ малыхъ номеровъ ея, какіе нужны для осторожнаго введенія въ нерасширенную матку, — не существуетъ; кромѣ того, ея нельзя вполнѣ простерилизовать.

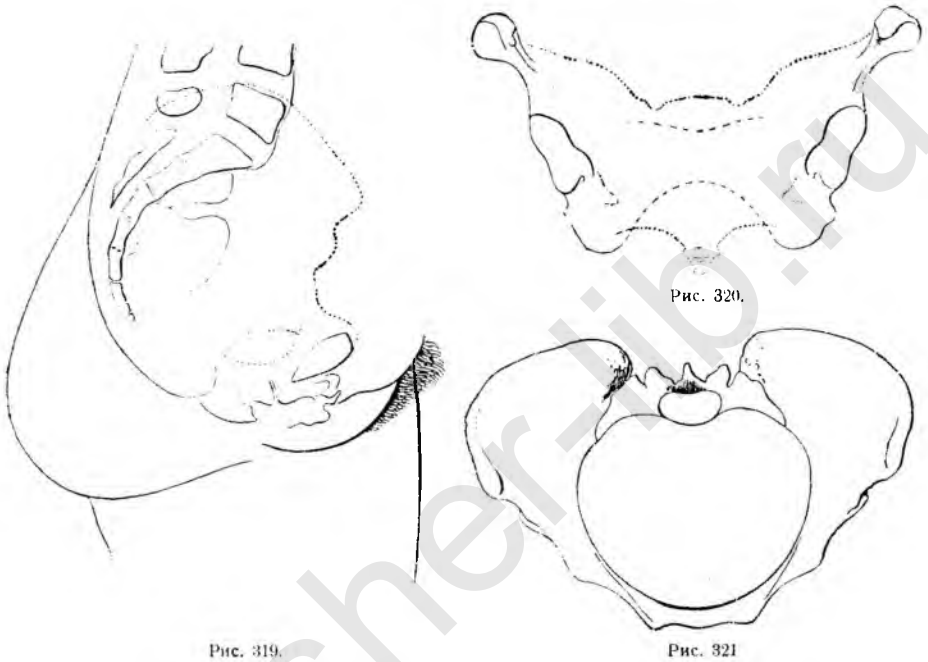


Рис. 319, 320 и 321. Схемы Schultze для нанесенія на нихъ данныхъ, полученныхъ при гинекологическомъ изслѣдованіи.

Палочки ламинаріи изготовляются изъ листовыхъ ножекъ растенія *Laminaria digitata*. Ихъ порозность, съ одной стороны, обусловливаетъ ихъ драгоцѣнное качество разбухать, а съ другой — затрудняетъ ихъ стерилизацію. Это-то послѣднее обстоятельство и заставило искать другихъ средствъ для расширенія матки. Съ этою цѣлью были предложены различные другіе расширители — коническіе и цилиндрическіе, изогнутые бужи изъ металла, стекла или твердаго каучука, которые вводятся въ матку въ одинъ сеансъ, начиная съ болѣе тонкихъ и постепенно переходя къ болѣе толстымъ, а также металлическіе дилататоры, устроенные по тому же принципу, какъ и расширители перчатокъ.

Инструменты эти, сами по себѣ весьма хорошіе, не даютъ, однако, такихъ результатовъ, какъ сильно разбухающія ламинаріи. Въ общемъ посредствомъ нихъ нельзя, по крайней мѣрѣ въ одинъ сеансъ, настолько расширить неподготовленную предварительно матку, чтобы возможно было ввести въ нее палецъ<sup>1)</sup>. Это удается лишь при пуэрперальной, абортирующей или расширенной уже опу-

1) Это несомнѣнъ вѣрно: цервикальный каналъ въ большинствѣ случаевъ можно бываетъ расширить дилататорами такъ же хорошо, какъ и ламинаріями, — нужно только доводить расширение до высокыхъ №№ (напр., до № 15). Разумѣется, такое расширение требуетъ наркоза. За то опасность инфекции при немъ гораздо меньше, чѣмъ при употребленіи разбухающихъ средствъ. В. Г.

хоями маткѣ. Тоже самое можно сказать и о тампонаціи полости матки, съ цѣлю ея расширенія, іодоформенной марлей.

Всѣ, полученные при помощи ощупыванія, измѣренія и зондированія, результаты должны быть фиксированы. Для этого записываніе словами является недостаточнымъ; съ другой стороны, такое описаніе является непрактичнымъ, такъ какъ оно отнимаетъ слишкомъ много времени. Лучшимъ способомъ фиксировать добытыя данныя былъ и будетъ рисунокъ, эскизъ. Главная заслуга усовершенствованія и распространенія этого способа принадлежитъ *Schultze*.



Рис. 322.



Рис. 323.



Рис. 324.

Рис. 325.

- Рис. 322. Самодержашееся двухлопастное зеркало *Cusco*.  
 Рис. 323. Самодержашееся двухлопастное зеркало *Neugebauer'a*.  
 Рис. 324. Ложкообразное зеркало *Simon'a* для задней влагалищной стѣнки.  
 Рис. 325. Ложкообразное зеркало *Simon'a* для передней влагалищной стѣнки.

Для болѣ простыхъ случаевъ достаточно занести то, что мы прощупали, на особыя схемы. Лучшими и болѣ всего приближающимися къ натурѣ являются схемы *Schultze*, изображающія тазъ въ  $\frac{1}{3}$  натуральной величины. На этихъ схемахъ рисуютъ матку, прощупанная въ ней или возлѣ нея уплотненія и чувствительныя мѣста при помощи возможно простыхъ штриховъ, точекъ, зигзаговъ и т. п., для чего пользуются черными и цвѣтными карандашами. Никогда не слѣдуетъ рисовать больше того, что мы нашли *de facto*. Величина изображаемыхъ предметовъ должна равняться, на глазомѣрѣ, одной трети ихъ натуральной величины; точно измѣренные предметы должны быть наносимы на схему согласно ихъ мѣрѣ. Вообще я рекомендую начинающимъ иногда прибѣгать, при графическихъ изображеніяхъ, къ мѣркѣ; такимъ путемъ можно избѣжать слишкомъ значительнаго увеличенія или уменьшенія нарисованныхъ органовъ.

Въ общемъ, каждый гинекологическій случай долженъ быть изображенъ на трехъ схемахъ: на одной органы должны быть изображены въ сагиттальномъ, на одной — во фронтальномъ и на одной — въ горизонтальномъ разрѣзѣ таза.

При весьма сложныхъ отношеніяхъ, напр. при опухоляхъ таза и брюшной полости, я охотно дѣлаю рисунокъ въ натуральную величину. Тогда результатъ изслѣдованія можетъ быть нанесенъ на соответствующія схемы болѣе точно, чѣмъ тогда, когда намъ приходится уменьшать предметы до  $\frac{1}{3}$  ихъ величины.

Осмотръ при помощи зеркалъ, по крайней мѣрѣ трубчатыхъ, является для опытнаго гинеколога почти излишнимъ. Я не преувеличу, если скажу, что изслѣдующій получить лучшее представленіе о состояніи влагалищной части, наружнаго маточнаго

зѣва, его слизистой оболочки и стѣнокъ влагалища при помощи оцупыванія пальцемъ. Менѣе опытный изслѣдователь, однако, не можетъ обойтись безъ влагалищнаго зеркала. Чаще всего употребляются зеркала Мауег'а изъ молочнаго стекла, 3—4 различныхъ калибровъ <sup>1)</sup>).

Отличную, весьма полную картину всей внутренней поверхности влагалища мы получаемъ при помощи зеркалъ Sims'a или Simon'a — инструментовъ, похожихъ на ранодержатели, которыми растягиваютъ рукавныя стѣнки.



Рис. 326. Шпирецъ съ 2 канюлями для діагностической пункціи опухолей и эксудатовъ со стороны рукава (по Küstner'y),  $\frac{2}{3}$  nat. вел.

Если мы имѣемъ въ распоряженіи ассистента, то поручаемъ ему раскрывать влагалище при помощи двухъ зеркалъ Simon'a, причѣмъ больная должна лежать на столѣ въ спинно-крестцовомъ положеніи. Въ противномъ случаѣ мы придаемъ больной колѣбно-

1) Еще лучше пользоваться для діагностическихъ цѣлей, по крайней мѣрѣ въ домашней практикѣ, створчатымъ зеркаломъ Cusco, изображенныхъ на рис. 322. В. Г.



локтевое положеніе, и тогда можемъ обойтись однимъ зеркаломъ, именно заднимъ. Задняя влагалищная стѣнка оттягивается этимъ зеркаломъ, другія же стѣнки расходятся, благодаря атмосферному давленію, которое при колѣбно-локтевомъ положеніи больной является больше внутрибрюшного давленія. Этимъ путемъ мы можемъ обозрѣть рукавъ вплоть до влагалищной части настолько хорошо, какъ этого нельзя достигнуть никакимъ другимъ методомъ изслѣдованія.

Всякое гинекологическое изслѣдованіе, будь-ли оно простое или сложное, должно выполняться осторожно и безъ боли. Мало хорошаго, если больная только при одномъ изслѣдованіи уже кричитъ и послѣ изслѣдованія цѣлыя недѣли носить на животѣ слѣды въ видѣ кровоподтековъ. Но не только косметическія причины и деликатность, которой имѣетъ право требовать для себя каждый человекъ, а особенно больной, заставляютъ насъ производить изслѣдованіе осторожно, — этого требуютъ еще и болѣе важныя соображенія. Дѣло въ томъ, что весьма многія заболѣванія половых органовъ у женщинъ носятъ воспалительный характеръ: даже такія болѣзни, какъ, напр., аномаліи положенія и новообразованія, нерѣдко осложняются воспалительными процессами: дайте, исходящія изъ женскихъ половых органовъ опухоли зачастую весьма легко ранить. Оттого, если въ нѣкоторыхъ случаяхъ больныя и не платятся тяжелыми послѣдствіями за грубое изслѣдованіе, то въ другихъ случаяхъ дѣло обстоитъ совершенно иначе, — грубое изслѣдованіе можетъ повести къ такимъ послѣдствіямъ, какъ, обостреніе воспалительныхъ процессовъ при пилосальпинксахъ и гнойныхъ периметритахъ, донаніе беременной трубы, разрывъ кровяныхъ опухолей и яичниковыхъ кистъ, отрывъ ножки опухолей и т. п. Все это — чрезвычайно тяжелыя поврежденія, опасность отъ которыхъ иногда можетъ быть устранена лишь при помощи немедленнаго оперативнаго вмѣшательства; иногда же и такое вмѣшательство не въ состояніи спасти больныхъ. По крайней мѣрѣ хоти діагнозъ долженъ быть безопасенъ!

Слѣдующій случай наглядно свидѣтельствуетъ, къ какимъ опаснымъ послѣдствіямъ можетъ повести грубое изслѣдованіе: больная 50 лѣтъ имѣла очень большую кистовидную опухоль; при недостаточно осторожной пальпации, произведенной малоопытнымъ врачомъ, опухоль лопнула; я немедленно произвелъ чревосѣченіе, причемъ оказалось, что содержимое кисты, наполнявшее теперь всю брюшную полость, представляетъ собою почти чистую разводку стрептококковъ; операція удаленія кисты оказалась очень проста, но, тѣмъ не менѣе, немедленно послѣ нея наступила самая тяжелая перитонеальная интоксикація, — уже черезъ часъ послѣ лапаротоміи дѣятельность сердца сдѣлалась настолько плохой, что пульсъ въ лучевой артеріи пересталъ прощупываться, а черезъ 12 часовъ оперированная умерла: при вскрытіи никакихъ измѣненій въ органахъ не обнаружено; мускулатура сердца найдена нормальной.

Такой печальный исходъ былъ наблюдаемъ мною лишь однажды. Но я иногда видалъ, какъ молодые, еще неопытные товарищи и практиканты, при пальпации или при примѣненіи описаннаго выше способа *Schultze*, повреждали изслѣдуемая части, вызывая лопаніе кистъ, кровяныхъ опухолей и беременныхъ трубъ и отрывъ ножки опухолей. Стремленіе какъ можно лучше прощупать все, имѣющееся у больной, легко ведетъ, у начинающаго, къ слишкомъ энергичному примѣненію пальпаторныхъ методовъ изслѣдованія. Поэтому въ моей клиникѣ принято за правило — всѣ случаи, гдѣ изслѣдованіе можетъ легко повести къ поврежденіямъ, особенно случаи виѣматочной беременности, демонстрировать непосредственно передъ операціей. При этомъ я въ состояніи бываю, если изслѣдо-

ваніе поведеть за собою то или иное поврежденіе, — своевременно принять противъ него мѣры.

Всѣ діагностическіе методы, которые требуютъ оперативнаго вмѣшательства, какъ, напр., пробный проколъ, пробная экцизія, пробная кольпотомія и пробная лапаротомія, а также опущиваніе полости пузыря послѣ предварительнаго расширенія уретры и цистоскопій, описаны въ соответствующихъ главахъ.

Я долженъ упомянуть здѣсь лишь о пробной, діагностической лапаротоміи.

Мѣра эта вошла въ употребленіе въ ту эпоху, когда чревосѣченіе стало дѣлаться болѣе или менѣе безопаснымъ видомъ вмѣшательства. На ея долю стали выпадать всѣ тѣ операціи, при которыхъ, по вскрытіи брюшной полости, встрѣчалось не то, что ожидали найти, — при которыхъ наталкивались на неоперируемыя или не подлежащія операціи состоянія, напр., на беременность вмѣсто опухоли матки. При этомъ нерѣдко операторы очень легко относились къ предварительному распознаванію.

Правильная точка зрѣнія на этотъ предметъ такова: никогда не слѣдуетъ дѣлать лапаротоміи только съ распознавательною цѣлью; никогда не нужно вскрывать брюшную полость только для того, чтобы облегчить діагнозъ; прежде, чѣмъ дѣло дойдетъ до ножа, врачъ долженъ испробовать всѣ діагностическіе способы, дабы выяснитъ натуру заболѣванія. Если, несмотря на то, у насъ останутся еще значительныя неясности, то, во всякомъ случаѣ, діагнозъ слѣдуетъ ограничить извѣстнымъ рядомъ возможностей. И лишь тогда, когда эти возможности будутъ допускать надежду на успѣхъ операціи, — слѣдуетъ прибѣгать къ лапаротоміи. Пробное чревосѣченіе не должно быть лишь распознавательнымъ актомъ: оно должно быть послѣднимъ шагомъ на пути распознаванія и первымъ — на пути терапіи.

## II. Гистологическое и бактериологическіе изслѣдованіе <sup>1)</sup>.

Гистологическое и бактериологическое изслѣдованіе предпринимаются въ общемъ для выясненія діагноза или для болѣе точной установки показаній. При этомъ мыслимъ цѣлый рядъ возможностей:

А. До гинекологическаго вмѣшательства нашему изслѣдованію могутъ подлежать объекты, отходящіе самопроизвольно, а именно: 1) куски тканей, 2) различные секреты.

Среди объектовъ первой категоріи рѣдко фигурируютъ выходящіе изъ матки сгустки, чаще — лоскутки, пленки, губчатые и болѣе плотные кусочки.

Уже макроскопически среди нихъ могутъ быть распознаны части плода, болѣе значительные куски плаценты или яйцевыхъ оболочекъ и гроздевидныя части пузырнаго заноса.

На расщепленныхъ препаратахъ узнаются ворсинки плаценты и раковыя жемчужины.

Послѣ предварительнаго изготовленія срѣзовъ (технику см. ниже) распознаются: остатки яйцевыхъ оболочекъ, decidua (при subinvolutio deciduae послѣ аборта,

1) Отдѣлъ этотъ обработанъ, по моему порученію, R. Sticher'омъ, для третьяго изданія просмотрѣнъ и дополненъ д-ромъ Fuchs'омъ, а для четвертаго — мною самимъ. Küstner.

при вѣматочной беременности), слизистыя оболочки съ железами и безъ нихъ. Контрольные препараты нормальной и менструирующей слизистой оболочки матки, плаценты съ остатками отпадающей оболочки и яйцевыхъ оболочекъ дѣлають возможнымъ вѣрный діагнозъ.

Кусочки опухолей (доброкачественныхъ полиповъ, миома, раковъ, саркома, пузырьнаго заноса), если и выдѣляются наружу самопроизвольно, то бывають обыкновенно до неузнаваемости изменены вслѣдствіе некроза. Здѣсь методы, о которыхъ будетъ рѣчь ниже (пробное выскабливаніе, пробная эксцизія), дають намъ болѣе пригодный для изслѣдованія матеріаль.

Что касается выдѣляющихся изъ полового канала секретовъ, то для морфологическаго изслѣдованія ими едва-ли можно пользоваться; ихъ нужно изслѣдовать бактериологически:

a) на гонококковъ: матеріаль для изслѣдованія берется при этомъ изъ участковъ наиболѣе богатыхъ гонококками, т. е. изъ маточной шейки и уретры, послѣ предварительнаго ихъ очищенія; для діагноза достаточно, при простомъ окрашиваніи высушенныхъ мазковъ (воднымъ или Löffler'овскимъ растворомъ фуксина и метиленовой синькой), нахождение внутри клѣтокъ микробовъ съ типичною формою розанчика; при окраскѣ фуксиномъ по Gram'у микробы эти принимаютъ красное окрашиваніе;

b) на гноеродныхъ бактерій: подготовительная культура на бульонѣ, послѣ замѣтнаго помутнѣнія пересѣвъ штрихомъ на глицериновый агаръ; вырощиваніе при 37°;

c) на *Bacterium coli* (при циститѣ и пр.): разводка на желатинѣ въ чашечкахъ Petri;

d) на дифтерійныя палочки (встрѣчаются въ ложіяхъ септическихъ родильницъ): культура на свернутой кровяной сывороткѣ Löffler'a, двойное окрашиваніе по Neisser'y.

В. Въ большинствѣ случаевъ намъ нужно предварительно получить матеріаль для микроскопическаго изслѣдованія при помощи соответствующихъ мѣропріятіи, каковы:

1) Пробное выскабливаніе матки. Выскабливать полость матки нужно (соблюдая, конечно, всѣ правила асептики) возможно тщательнѣе, такъ какъ въ противномъ случаѣ можно просмотрѣть начинающіяся новообразования (напр. раки, локализирующіеся въ одномъ изъ трубныхъ угловъ). Выскабливать отдѣльно гѣла матки и ея шейку нѣтъ нужды, — при доброкачественныхъ порожженіяхъ мы узнаемъ цервикальныя железы по высотѣ ихъ клѣтокъ и базальному расположенію въ нихъ ядеръ, при злокачественныхъ же — родъ терапевтическаго вмѣшательства не зависитъ отъ локализации новообразованія. Никогда не слѣдуетъ довольствоваться, даже при отрицательномъ результатѣ пальпации (ложечка, вѣдь, является одновременно и зондомъ), діагнозомъ, поставленнымъ лишь макроскопически. Какъ извѣстно, раковые кусочки грязнаго цвѣта, легко крошатся и раздавливаются, куски же слизистой оболочки эластичны, стекловидны, имѣють болѣе свѣтлую окраску; но макроскопическій діагнозъ всегда остается лишь вѣроятнымъ, вѣрное же рѣшеніе вопроса достигается путемъ основательнаго микроскопическаго изслѣдованія, при которомъ нужно принять во вниманіе характеръ всего высокбленнаго матеріала.

Изслѣдованія высокбленныхъ кусочковъ на расщепленныхъ препаратахъ недостаточно, — ихъ надо заключить, для изготовленія срѣзовъ, лучше всего въ целлоидинъ, послѣ обезоживанія и фиксированія въ ацетонѣ (методъ Scholz'a, Deutsche med. Woch., 1905, № 11). Для этого кусочки, — осторожно сливъ кровь и сыворотку, — надо перенести прямо въ ацетонъ и держать 1—2 часа при 37°; ацетонъ слѣдуетъ смѣнить 1 разъ. Затѣмъ кусочки переносятся въ слабый растворъ целлоидина и остаются здѣсь, при 37°, 1—2 часа, послѣ чего заключаются въ густой целлоидинъ, наливаемый на деревянные кубики, обрамленные закраиной изъ бумаги. Кубики высушиваются подъ стекляннымъ колоколомъ, куда поставлено блюдечко съ хлороформомъ, до тѣхъ поръ, пока целлоидинъ не приметъ плотности хряща (на это требуется 7—8 часовъ). Срѣзы дѣлаются бритвой, поставленной возможно параллельно оси саннаго аппарата микронома и смачиваемой 70% алкоголемъ. Окрашиваются срѣзы лучше всего гематоксилинъ-эозиномъ или квасцовымъ карминомъ съ пириновой кислотой. Послѣ окраски они обрабатываются спиртомъ, карболь-ксилоломъ и заключаются въ канадскій бальзамъ.

Изготовивъ срѣзы, нужно сначала изслѣдовать ихъ при возможно слабомъ увеличеніи. Въ дифференціально-діагностическомъ отношеніи важно различать другъ отъ друга слѣдующія заболѣванія матки:

а) *Endometritis glandularis* и ракъ. Даже самое энергичное разрастание железъ (форма пилы или штопора) не должно вызывать подозрѣнія до тѣхъ поръ, пока каждая железа имѣетъ характеръ чего-то индивидуальнаго, органо-образнаго. Но, если этотъ характеръ утрачивается, если *typica propra* железы перфорируется, если вмѣсто отдѣльныхъ железъ мы находимъ громадное число анастомозирующихъ другъ съ другомъ каналовъ (количество межтучной ткани въ послѣднемъ случаѣ можетъ быть сильно уменьшено), и если железистыя трубки видѣются въ мускулатуру матки, то нужно предположить злокачественную аденому или даже адено-карциному. Послѣдняя имѣетъ мѣсто въ тѣхъ случаяхъ, когда въ нѣкоторыхъ или во многихъ мѣстахъ встрѣчается уже многослойный эпителий. Многослойность эпителия можетъ быть симулирована благодаря разрывамъ, которые пришлось черезъ эпителий железъ плашмя и нѣсколько вкось. Такіе разрывы мы распознаемъ по тому признаку, что часть эпителиальныхъ клѣтокъ всегда срывается при этомъ в дѣ и подъ ядромъ, почему клѣтки эти представляются подъ микроскопомъ безъ ядеръ. Въ непосредственномъ соудствѣ съ ними мы, кромѣ того, находимъ продольные или поперечные срѣзы типическихъ железъ.

б) Ракъ и саркому. Смѣшеніе обоихъ новообразованій возможно въ томъ случаѣ, если мы имѣемъ въ своемъ распоряженіи исключительно только онкологическую ткань. Отсутствие межтучной ткани между клѣтками, составляющими опухоль, позволяетъ намъ (на весьма тонкихъ срѣзахъ, окрашенныхъ по *v. Gies* и *o'p'u*) поставить діагнозъ не саркомы, а рака. Среднее мѣсто между ракомъ и саркомой занимаетъ *chorioepithelioma*. Здѣсь мы встрѣчаемъ (гематоксилинъ безъ дополнительной окраски) на одномъ и томъ же срѣзѣ, кромѣ тяжелой изъ ясно-эпителиальныхъ клѣтокъ (сравнительно большой величины, съ хорошо дифференцированными протоплазмой и ядромъ), еще клѣточные образования, стояція въ связи съ указанными тяжами и похожія на гигантскія клѣтки, — имѣющія весьма неравнобѣрную, причудливую форму съ многочисленными темными ядрами и диффузно-красящейся протоплазмой; иногда основной тканью являются остатки ворсинокъ, на которыхъ и лежатъ вышесказанныя образования.

в) *Endometritis interstitialis* и саркому. Рѣшающее значеніе здѣсь принадлежитъ содержанію железъ. Весьма густо инфильтрированная, богатая клѣтками ткань, въ которой еще сохранились железы (продольные или поперечные разрывы железъ съ правильными промежутками), еще не является саркоматозной. И здѣсь нужно изслѣдовать преимущественно при слабомъ увеличеніи, особенно останавливаясь на самыхъ малыхъ частицахъ ткани. Отсутствіе железъ, особенно при полиморфномъ характерѣ клѣтокъ, говоритъ за саркому.

д) Саркому и миому. Круглоклѣточная, полиморфноклѣточная и сосудистая саркомы легко отличаются отъ миомы; веретенообразноклѣточная саркома узнается по веретенообразной формѣ клѣтокъ и ядеръ, тогда какъ ядра мышечныхъ волоконъ прямоугольны. Всегда нужно изслѣдовать возможно большее количество разрывовъ, такъ какъ пучки гладкихъ мышцъ, переплетающіяся въ самыхъ различныхъ направленіяхъ, могутъ на поперечныхъ или косыхъ разрывахъ симулировать круглыя и веретенообразныя клѣтки. Здѣсь, чтобы составить себѣ правильное мнѣніе, лучше изслѣдовать болѣе объемистые кусочки ткани.

е) *Endometritis glandularis s. interstitialis et endometritis post abortum*. Діагнозъ послѣдняго будетъ вполне вѣрнымъ, если на срѣзахъ будутъ обнаружены плодовые элементы. Плацентарныя ворсинки, даже если они находятся въ стадіи регрессивнаго метаморфоза, обладаютъ весьма характерной формой. Двойной слой клѣтокъ наружной поверхности ворсинокъ говоритъ за абортъ на первыхъ мѣсяцахъ беременности. Болѣе значительные островки клѣтокъ съ яснымъ децидуальнымъ характеромъ, съ нѣрѣзко контурированнымъ ядромъ, говорятъ за абортъ даже въ томъ случаѣ, если ворсинки отсутствуютъ. Если отсутствуютъ и децидуальныя клѣтки, то о происшедшемъ раннемъ выкидышѣ мы можемъ заключать по своеобразнымъ измѣненіемъ железъ (расширеніе просвѣга; наличность въ просвѣтѣ выдающихся, уплощенныхъ сосочковъ, которые, будучи бѣдными соединительною тканью, состоятъ, повидимому, изъ нѣрѣзко окрашеннаго эпителия; уменьшеніе стромы слизистой оболочки, *Opitz*).

2) Пробная эксцизія, которую весьма удобно производить инструментомъ *Schubert's*. Кусочки для изслѣдованія могутъ быть вырѣзаны:

а) Изъ влагалищной части. Вырѣзавъ ихъ нужно на границѣ макроскопически измѣненной ткани съ нормальной. Въ общемъ они обыкновенно бываютъ больше и плотнѣе, чѣмъ полученные при выскабливаніи; потому весьма часто изъ нихъ можно получить весьма хорошіе срѣзы послѣ предварительнаго за-

моразиванія. Для этого вырѣзанный кусокъ нужно прежде всего фиксировать и уплотнить въ смѣси изъ 5 куб. сант. формалина и 100 куб. сант. Миллеговской жидкости. Въ этой смѣси, которую для каждаго раза нужно готовить въ нужномъ количествѣ заново, держать кусочекъ нѣсколько минутъ при 37°. Потомъ препаратъ промываютъ въ теченіе нѣсколько минутъ въ текущей водѣ, замораживаютъ и рѣжутъ на микротомѣ бритвой, поставленной такъ, чтобы она составляла съ осью даннаго аппарата уголь приблизительно въ 45°. Окрашиваютъ срѣзы квасцовымъ карминомъ и пикроиной кислотой. Для діагноза остаются въ силѣ тѣ же правила, которыя мы привели выше. Въ дифференціально-диагностическомъ отношеніи здѣсь для насъ наиболѣе интереса представляютъ эрозія и начинающійся ракъ. При установкѣ распознаванія слѣдуетъ помнить, что присутствіе железъ даже въ болѣе глубокихъ слояхъ мускулатуры не служитъ еще доказательствомъ въ пользу рака. До извѣстной степени здѣсь слѣдуетъ принимать въ расчетъ количество, а особенно качество железъ (многослойность эпителия, плотные тяжи и пр.; см. объ этомъ выше).

б) Изъ наружнаго маточнаго зѣва resp. изъ входящихъ до самаго маточнаго зѣва опухолей, которыя развились изъ выше лежащихъ отдѣловъ матки (шейки, corpus uteri). Здѣсь могутъ быть доброкачественные слизистые полипы, полипозныя міомы и саркомы, иногда раки шейки и злокачественные пузырные заносы.

с) Изъ опухолей вульвы и влагалища. Здѣсь могутъ встрѣчаться раки, саркомы, кондиломы, а также бугорчатка и lupus. Наличность аденокарциномы всегда должна возбуждать подозрѣніе на существованіе скрытаго рака шейки, такъ какъ аденокарцинома вульвы и влагалища обычно представляетъ собою метастазъ рака шейки, возникшій субмукознымъ путемъ или путемъ имплантаци.

д) Изъ перфорирующіхъ опухолей, особенно изъ яичниковыхъ раковъ и саркомъ, которыя перфорировали стѣнку влагалища или переднюю брюшную стѣнку.

е) Изъ опухолей пузыря — фибропапилломъ, раковъ и саркомъ. Здѣсь необходимо весьма тщательное изслѣдованіе; рѣшающее значеніе имѣетъ отношеніе опухоли къ материнской почвѣ.

3) Пробная пункція. Она производится преимущественно со стороны влагалища, причемъ этимъ путемъ могутъ быть получены:

а) Кровь. При наличности ея дифференціальный діагнозъ можетъ колебаться между haematocoele retrouterina, haematoma ovarii, haematometra и haematocolpos; рѣшающее значеніе имѣетъ анамнезъ и мѣстоположеніе опухоли.

б) Серозная жидкость. Она можетъ происходить изъ паравариальныхъ кистъ, кистъ яичника и hydrosalpinx'овъ. Кромѣ того и содержимое старыхъ haematocoele можетъ быть измѣнено до прозрачности (въ послѣднемъ случаѣ микроскопически можно доказать остатки старыхъ кровотеченій).

с) Содержимое дермоида. Макроскопически оно чрезвычайно походитъ на гной; подъ микроскопомъ на неокрашенныхъ препаратахъ можно узнать жиръ и кристаллы холестерина.

д) Гной. Въ большинствѣ случаевъ онъ происходитъ изъ придатковъ. Его нужно изслѣдовать:

а) на морфологическія составныя части, причемъ, чѣмъ оживленнѣе окажется тканевая реакція (многочисленныя свѣжія, т. е. хорошо сохранившіяся, гнойныя кѣтки), тѣмъ, значитъ, свѣжѣе воспалительный процессъ и тѣмъ вирулентнѣе микробы;

б) бактеріоскопически — на гонококковъ, гнойныхъ бактерій и туберкулезныхъ палочки;

с) при помощи культуръ, для выдѣленія загрязняющихъ бактерій вагинальнаго происхожденія; питательныя среды для культуръ берутся слабощелочныя, выращиваніе ведется при комнатной температурѣ; для дифференціального діагноза гонококковъ необходимы параллельныя культуры на обыкновенныхъ питательныхъ средахъ и на средахъ, къ которымъ прибавлены стерильно собранное содержимое яичниковой кисты, асцитическая жидкость или сыворотка (въ отношеніи 1:3).

С. Во время гинекологическихъ операций, для выясненія состоянія болѣзненнаго процесса, приходится прибѣгать:

1) къ морфологическому и бактеріологическому изслѣдованію гноя. Примѣры: подвижный и вслѣдствіе этого не подвергнутый пробной пункціи per vaginam трубный мѣшокъ, заключающій въ себѣ гнойное содержимое; haematocoele или дермоидная киста, не пунктированная per

vaginam (диагноз возможен и безъ этого) и оказывающіяся инфицированными (напр. изъ приросшей кишки); pyosalpinx, осложняющій ракъ матки и встрѣчаемый нами при абдоминальной экстирпации. Если нельзя избѣжать того, чтобы такой гнойный мѣшокъ не лопнулъ при экстирпации, то микроскопическое изслѣдованіе рѣшаетъ вопросъ о томъ, имѣемъ-ли мы дѣло съ свѣжимъ, заразительнымъ гноемъ (многочисленныя бактеріи, хорошо сохранившіяся гнойныя клѣтки), или нѣтъ; сообразно съ этимъ операторъ рѣшаетъ, нужно-ли закрыть брюшную полость наглухо, или же дренировать ее.

2) Къ гистологическому изслѣдованію. Примѣры:

а) У особы, находящейся въ возрастѣ, когда еще возможно зачатіе, встрѣчаея яичниковая опухоль. Является вопросъ, нужно-ли экстирпировать и другой яичникъ, который, повидимому, кажется здоровымъ? Вопросъ этотъ рѣшается иногда въ зависимости отъ результатовъ гистологическаго изслѣдованія удаленнаго (пораженнаго новообразованиемъ) яичника. Лучшимъ критеріемъ злокачественности, какъ при аденоматозной, такъ и при сосочковой формѣ эпителиальныхъ новообразованій, — является многослойность и неправильность эпителия. При строматогенныхъ формахъ (фиброма, саркома) за злокачественность говоритъ слишкомъ значительный (въ количественномъ и качественномъ отношеніяхъ) ростъ клѣтокъ (гѣсно скученныя, полиморфныя клѣтки).

б) У больной имѣется увеличеніе лимфатическихъ железъ. Спрашивается: что это, индурация или метастазъ? Рѣшеніе этого вопроса можетъ имѣть болѣе прогностическое значеніе, такъ какъ при злокачественныхъ новообразованіяхъ матки принадлежащія къ ея лимфатической системѣ железы, кажущіяся инфильтрированными, обыкновенно тщательно экстирпируются.

с) У больной въ полости брюшины встрѣчены измѣненія, напоминающія отчасти сыровидную, сухую форму диффузнаго туберкулеза, отчасти карциноматозъ брюшины. Дифференціальный діагнозъ между этими двумя заболѣваніями, которыя макроскопически весьма походятъ другъ на друга, подъ микроскопомъ рѣшается весьма легко (гигантскія клѣтки, туберкулезныя бактеріи, не перерожденные казеозно-раковые узлы). Впрочемъ діагнозъ этотъ не имѣетъ практическаго значенія для дальнѣйшаго хода операци.

Д. После операци изслѣдованіе удаленныхъ частей ткани имѣетъ значеніе для рѣшенія вопроса о прогнозѣ даннаго случая.

Если мы желаемъ дать на этотъ вопросъ возможно точный отвѣтъ, то общій діагнозъ опухоли является еще недостаточнымъ, даже если мы его ставимъ очень точно (плоскоэпителиальный ракъ, эндотелиальная саркома и т. п.), — необходимо индивидуализировать степень ея злокачественности. Характерными признаками особенной злокачественности опухоли, которая злокачественна сама по себѣ, нужно считать: быстрый ростъ ея, атипическое строеніе, наличность многочисленныхъ митозовъ (для доказательства послѣднихъ употребляется уплотненіе въ смѣси формалина съ Müller'овской жидкостью и окраска квасцовымъ карминомъ) и склонность распространяться per continuitatem и метастатически. Для опредѣленія первой необходимо изслѣдованіе окружающихъ тканей, особенно ножки при яичниковыхъ опухоляхъ и параметріевъ при новообразованіяхъ матки. Для опредѣленія ближайшихъ метастазовъ нужно изслѣдовать, на тонкихъ срѣзахъ, краевые синусы экстирпированныхъ при операцияхъ железъ на присутствіе въ нихъ опухолевыхъ клѣтокъ (съ этихъ мѣстъ начинается обычное метастатическое заболѣваніе железъ). Болѣе отдаленные метастазы мы должны подсмрывать въ тѣхъ случаяхъ, когда въ окрестностяхъ опухоли можно доказать внѣдреніе ея клѣтокъ въ болѣе значительные кровеносные и лимфатическіе сосуды (сосуды можно лучше всего опредѣлять окраской эластическихъ волоконъ по Weigert'у).

Е. Наконецъ, намъ приходится иногда прибѣгать къ гистологическому и бактериологическому изслѣдованію и для выясненія причинъ несчастнаго исхода операци.

Вѣрный, незаманенный діагнозъ только въ весьма рѣдкихъ случаяхъ долженъ гласить: коллапсъ или шокъ, а гораздо чаще — чрезвычайно острый сепсисъ (Küstner). Наличность послѣдняго въ случаѣ быстро летальнаго исхода послѣ операциі доказывается слѣдующимъ методомъ, называемымъ Küstner'омъ бактериологической секціей: возможно раньше post mortem вскрываютъ брюшную рану асептически (вываренными инструментами), берутъ изъ брюшной полости, платиновой проволокой, слѣды жидкости, которою покрыты висцераль-

ная или паріэталъная брюшина задняго Douglas'ова кармана, и переносятъ ихъ въ питательныя среды (остерегаясь, чтобы туда не попали антисептическія вещества). Такъ какъ гонококки не могутъ быть возбудителями самаго остраго сепсиса, то изъ питательныхъ средъ для данной цѣли достаточно имѣть глицериновый агаръ или бульонъ. Препаратъ, окрашенный метиленовой синькой, сейчасъ же позволяетъ намъ поставить діагнозь относительно вида микроба, обусловившаго сепсисъ.

akusher-lib.ru

## ОТДѢЛЪ ВОСЬМОЙ.

### Общая гинекологическая терапія.

#### Глава XXVIII.

##### Антисептика и асептика.

###### Ernst'a Bumm'a.

Антисептика и асептика преслѣдуютъ различными средствами одну и ту же цѣль: охранять раны отъ микробовъ, которые-бы могли нарушить процессъ ихъ заживленія. Lister'овская антисептика заботилась о томъ, чтобы убивать зародышей помощью химически дѣйствующихъ, обеззараживающихъ («дезинфицирующихъ») средствъ, не боясь приводить въ соприкосновеніе съ послѣдними даже свѣжія раны. Такъ какъ, однако, тканевыя клѣтки человѣческаго и животнаго организма гораздо чувствительнѣе къ химическимъ вліяніямъ, чѣмъ бактеріи, то вмѣстѣ съ обеззараживаніемъ раны наступало и обширное разрушеніе клѣтокъ въ тканяхъ, которое иногда вліяло на заживленіе неблагоприятно. Такого нежелательнаго поврежденія тканей и стремится избѣгать асептика. Она воздерживается отъ всякаго соприкосновенія свѣжихъ ранъ съ химически дѣйствующими дезинфекціонными средствами и старается сдѣлать рану свободною отъ зародышей тѣмъ, что дѣлаетъ невозможнымъ доступъ послѣднихъ. Примѣръ любой ампутаціонной раны можетъ пояснить эту разницу между антисептикой и асептикой: Lister'овская антисептика предписывала орошать свѣжую рану карболовымъ spray'емъ, обмывать ее карболовымъ растворомъ и перевязывать карболизированной марлей; благодаря дѣйствію карболовой кислоты, красная поверхность раны покрывалась бѣловатымъ налетомъ отъ ожога. Асептика допускаетъ самое большее — обмывать рану индифферентнымъ физиологическимъ растворомъ поваренной соли и требуетъ стерильнаго перевязочнаго матеріала безъ примѣси дезинфицирующихъ веществъ. Такимъ образомъ, между тѣмъ какъ антисептика убиваетъ предполагаемыхъ зародышей въ самой ранѣ, обеззараживаетъ рану, асептика считаетъ свѣжія раны свободными отъ зародышей и ограничивается тѣмъ, чтобы поддерживать это безгнилостное состояніе («asepsis») раны, не допуская до послѣдней ничего септического. Вліяніе химическихъ обеззараживающихъ веществъ асептика замѣняетъ гораздо болѣе надежнымъ обезпложиваніемъ («стерилизаціею») при помощи жара или пара.



Чистая или абсолютная асептика мыслима фактически лишь при исключительных условиях, а если необходимым атрибутом ее считать полное неупотребление химических обеззараживающих, — то вообще недостижима. Мы не можем обойтись без антисептических растворов, если желаем сдѣлать свободною отъ зародышей кожу рукъ и операционнаго поля. Поэтому въ настоящее время выработался смѣшанный способъ, который исключаетъ примѣненіе обеззараживающихъ средствъ на свѣжія раны, по возможности добываясь обезпложенія при помощи жара, для кожи же удерживаетъ химическія дезинфецирующія средства. Асептика требуетъ особыхъ приспособленій и тщательнѣйшей подготовки, которая, конечно, достижима чаще всего въ клиникахъ, въ частной же практикѣ могутъ быть достигнуты не всегда. Чѣмъ неблагоприятнѣе внѣшнія условия, тѣмъ необходимѣе дѣлаются химическія обеззараживающія вещества, которые легко добыть и съ которыми легко обращаться. Было-бы странно, изъ страха передъ химическимъ поврежденіемъ тѣани, подвергать ее риску гораздо болѣе опаснаго зараженія, и само собою разумѣется, что при ранахъ зараженныхъ, содержащихъ зародышей, антисептика при всѣхъ обстоятельствахъ заслуживаетъ предпочтенія передъ асептикой.

### I. Обеззараживаніе рукъ.

Наиболѣе труднымъ объектомъ для нашихъ дезинфекціонныхъ стараній представляетъ кожа. Такъ какъ здѣсь обезпложеніе жаромъ непримѣнимо, то мы поневолю должны ограничиться дѣйствіемъ механическихъ средствъ очистки и химическихъ бактерицидныхъ веществъ. Стоитъ только взглянуть на человѣческую кожу подъ микроскопомъ при слабомъ увеличеніи, чтобы тотчасъ же убѣдиться, что уничтоженіе всѣхъ зародышей, которые скрываются въ углубленіяхъ и щеляхъ надкожицы, подъ глетчерообразно нагроможденными одна на другую ея чешуйками, въ выводныхъ протокахъ кожныхъ железъ и волосяныхъ мѣшечкахъ, — представляетъ громадныя трудности. Да и на дѣлѣ до сихъ поръ нѣтъ ни одного средства, которое могло-бы съ полною надежностью обезпечить чистоту кожи отъ зародышей. Всѣ наши способы обеззараживанія даютъ лишь относительную степень обезпложенія, resp. обѣднѣнія кожи зародышами, которое является болѣе или менѣе значительнымъ въ зависимости отъ вида примѣняемыхъ средствъ, продолжительности ихъ примѣненія и свойствъ самой кожи. Чѣмъ влажнѣе и глаже послѣдняя, тѣмъ легче она обеззараживается. Наоборотъ, тамъ, гдѣ кожа (какъ у ногтей) представляетъ глубокіе желобки и складки, гдѣ она содержитъ много железъ и волосяныхъ мѣшечковъ или одѣта чешуйстой, шереховатой надкожицей, — затрудненія громадно возрастаютъ. Пораженная экземой кожа вообще недоступна обеззараживадію. Тоже слѣдуетъ сказать о кожныхъ ранахъ всякаго сорта, если даже это только болѣе глубокія трещины эпидермы.

Воздѣйствіе обеззараживающихъ средствъ простирается прежде всего и главнымъ образомъ на самые верхніе слои кожи. Такимъ

образомъ, напр., рука въ началѣ операціи, при пробѣ на присутствіе зародышей, можетъ оказаться свободною отъ нихъ. Но, когда потомъ, отъ движеній ея и отслойки надкожицы, во время операцій обнажатся болѣе глубокіе слои и опорожнятся выводные протоки железъ, то скрытые тамъ зародыши выступаютъ на поверхность, и повидимому свободная отъ нихъ рука обнаруживаетъ на себѣ множество жизнеспособныхъ бактерій.



Рис. 327. Резиновыя операціонныя перчатки: а — надѣтыя правильно, сухими, б — надѣтыя неправильно, въ мокромъ состояніи.

Для обеззараживанія рукъ, по обширной статистикѣ Врингега, до сихъ поръ большинствомъ хирурговъ употребляется способъ Fürbringera. Коротко обрѣзавъ ногти, обрабатываютъ руки въ теченіе 10 минутъ горячею водою, мыломъ и щеткою (или мелкимъ пескомъ), причемъ очищаютъ подногтевыя пространства всѣхъ пальцевъ ногтечисткою. Эта механическая процедура служитъ къ тому, чтобы удалить всю крупную грязь и самые верхніе слои надкожицы, обезжирить послѣднюю и разрыхлить. Послѣ того какъ, затѣмъ, руки сполоснуты въ чистой, текущей водѣ, ихъ энергически обтираютъ до-суха безжиреннымъ грубымъ полотенцемъ. Теперь слѣдуетъ въ теченіи 5 минутъ обстоятельное мытье ихъ, при помощи щетки, въ 70—80% алкоголя. Послѣдній обезжириваетъ кожу и прямо убиваетъ зародышей, причемъ обладаетъ желательнымъ свойствомъ — проникать въ глубокіе слои надкожицы и въ отверстія железъ; въ этомъ легко убѣдиться, если на пальцахъ имѣются мелкія ранки, — ранки эти начинаютъ болѣть тотчасъ же, какъ только пальцы смочены алкоголемъ. Кромѣ того алкоголь дубитъ и уплотняетъ поверхностные слои кожи, благодаря чему бактеріи фиксируются здѣсь и менѣе легко

отдаются при соприкосновении. Все новейшія изслѣдованія дѣлаютъ вѣроятнымъ, что такъ называемая дезинфекція кожи въ сущестѣ есть ничто иное, какъ временная фиксация въ ней микробовъ. вслѣдствіе прижигающаго и уплотняющаго дѣйствія карболовой кислоты, сублимата и особенно алкоголя.

Обработка алкоголемъ есть существенно-важный моментъ при обеззараживаніи рукъ и какъ бы быстрою, такъ и надежною своего дѣйствія превосходить все другія, до сихъ поръ извѣстныя, средства. Прямо изъ алкоголя руки переносятся въ теплый 1<sup>0</sup>/<sub>00</sub> растворъ сулемы и здѣсь еще 5 минутъ обрабатываются щеткою. Ahlfeldъ взаменъ этого способа рекомендуетъ обеззараживать руки горячей водою и спиртомъ, причемъ руки сначала обрабатываются горячей водою съ мыломъ, а затѣмъ стерилизуются обильнымъ количествомъ спирта. Методъ этотъ также даетъ хорошіе результаты; при немъ, кромѣ того, мы избѣгаемъ употребленія сулемы, которая, при длительномъ примѣненіи, оказываетъ вредное вліяніе на кишечникъ и почки оператора. Иногда алкоголь съ успѣхомъ примѣняется и безъ предварительнаго мытья водою, — тамъ именно, гдѣ требуется быстрая дезинфекція. Herffъ рекомендуетъ употреблять смѣсь алкоголя съ ацетономъ, которая производитъ особенно сильное уплотняющее и фиксирующее дѣйствіе на кожу <sup>1)</sup>.

Если только что описанными способами желаютъ добиться достаточнаго обеззараженія, то необходимо ухаживать за руками и отсутствіе на нихъ поврежденій; кромѣ того руки не должны быть сильно загрязнены гнилостными веществами. Когда эти условія не выполнены, т. е. когда на кожѣ рукъ есть пораненія, или врачъ въ теченіе послѣднихъ 2 сутокъ передъ обеззараживаніемъ приходилъ въ соприкосновеніе съ заразными веществами (гною и раковые секреты всякаго рода, части трупа и т. д.), въ такомъ случаѣ ни Fürbringеровскій, ни какой-либо другой способъ обеззараживанія не представляетъ надежнаго обезпеченія противъ переноса гнилостныхъ зародышей, и потому необходимо устранить соприкосновеніе между кожею рукъ и раною при помощи резиновыхъ перчатокъ.

Предложенныя Friedrich'омъ перчатки изъ тонкой, какъ бумага, резины или кондомной ткани обезпложиваются, будучи обернуты въ марлю, паромъ и по подлежащей укупоркѣ сохраняются до употребленія. Если передъ обезпложиваніемъ посыпать внутренность ихъ талькомъ, онѣ натягиваются на обеззараженную и потомъ пасухо вытертую кожу легко, какъ перчатки glacé, всюду самымъ тѣснымъ образомъ прилегаютъ къ рукѣ и не препятствуютъ замѣтно ни осзанію, ни движеніямъ. Такія резиновыя перчатки

1) Не отрицая значенія фиксирующихъ средствъ въ дезинфекціи кожи, я все же не могу не обратить вниманіе на то, что кромѣ микробовъ, сидящихъ въ глубокіхъ кожныхъ слояхъ, кожа, вѣдь, бываетъ загрязнена и поверхностно сидящими микробами, причемъ эти микробы первыми попадаютъ въ операционную рану. Чтобы освободить кожу отъ этихъ микробовъ, лучше всего все-таки прибѣгать къ механическимъ способамъ ихъ удаленія, и лишь послѣ этого можно прибѣгать къ „дубящимъ“ кожу средствамъ, дабы зафиксировать остающихся, глубоко сидящихъ микробовъ. В. Г.

представляютъ, безъ сомнѣнiя, наивѣрнѣйшее средство, чтобы предупредить заносъ гнилостныхъ веществъ руками врача<sup>1)</sup>.

## II. Обеззараживанiе операционнаго поля.

Тогда какъ обеззараживанiе гладкой и шѣжной кожи живота даетъ обычно относительно хорошия результаты, гораздо менѣе доступными основательному воздѣйствию обеззараживающихъ средствъ являются наружныя половыя части, покрытыя волосами, складчатая, со множествомъ железъ и въ обилiи покрытая кожнымъ саломъ. Въ одинъ сеансъ, т. е. однократнымъ, хотя и энергическимъ, обеззараживанiемъ достигнуть здѣсь достаточной степени обеспложненiя вообще невозможно. Для этого нужна долгая подготовительная об-

1) Многие изъ современныхъ гинекологовъ систематически оперируютъ въ резиновыхъ перчаткахъ, исходя изъ мысли о невозможности никакимъ инымъ способомъ сдѣлать руки вполне стерильными. Однако употребленiе перчатокъ встрѣчается съ различныхъ сторонъ и оживленныя возраженiя. Перчатки изъ толстой резины сильно понижаютъ чувство осязанiя, столь необходимое оператору; перчатки же изъ тонкой резины весьма непрочны и очень часто (въ 50%, всѣхъ случаевъ, по Ahlfeld'у) повреждаются во время операций, главнымъ образомъ колющими и рѣзущими инструментами. Это обстоятельство дѣлаетъ, съ одной стороны, примѣненiе перчатокъ способомъ дорогимъ, что не можетъ не имѣть значенiя для учреждений съ ограниченнымъ бюджетомъ (а таково громадное большинство нашихъ больницъ и даже клиникъ). Съ другой стороны, поврежденiе цѣлости перчатокъ во время операций имѣетъ еще другое, болѣе важное значенiе: находясь болѣе или менѣе продолжительное время въ резиновыхъ перчаткахъ, руки сильно потеютъ; при этомъ къ поту примѣшиваются микробы, сидящiе въ глубокихъ слояхъ надкожицы, въ выводныхъ протокахъ кожныхъ железъ и пр.; когда перчатка повреждена, вся эта жидкость, скопившаяся въ ней, можетъ вылиться черезъ отверстiе на операционное поле и инфицировать его. Наконецъ, примѣненiе перчатокъ, — какъ совершенно справедливо указываетъ Ahlfeld, — можетъ послужить для оператора и его помощниковъ стимуломъ — менѣе тщательно относиться къ обеззараживанiю кожи рукъ. Принимая во вниманiе всѣ эти невыгодныя стороны примѣненiя перчатокъ, я одно время употреблялъ, вмѣсто перчатокъ, при операцияхъ отдѣльные резиновые чехлы на всѣ пальцы обѣихъ рукъ. Чехлы эти можно достать всюду, по очень дешевой цѣнѣ (5—6 коп. за штуку). Ихъ можно дезинфицировать путемъ обыкновеннаго кипяченiя. Они достаточно защищаютъ операционное поле отъ загрязненiя, такъ какъ, во-первыхъ, съ этимъ послѣднимъ приходятъ въ соприкосновенiе главнымъ образомъ именно пальцы, а не ладонныя части рукъ, а во-вторыхъ, пальцы съ ихъ ногтями и подногтевыми пространствами особенно легко могутъ служить переносчиками заразы и труднѣе всего дезинфицируются. Далѣе, руки при употребленiи пальцевъ не потеютъ; если „резиновый палецъ“ при операции прорвется, — на операционное поле не можетъ излиться такого количества жидкости (пота, содержащаго микробовъ), какъ изъ разорвавшейся перчатки, да и матеріальный ущербъ при этомъ будетъ невеликъ. Однако за послѣднее время я перешелъ къ употребленiю тонкихъ резиновыхъ перчатокъ — главнымъ образомъ потому, что траты на нихъ оказались далеко не такъ велики, какъ я думалъ первоначально: дѣло въ томъ, что, хотя перчатки и часто повреждаются при операцияхъ, но отверстiя въ нихъ легко могутъ быть герметически заклеены (изнутри) резиновымъ пластыремъ, употребляемымъ велосипедистами для задѣлки поврежденныхъ велосипедныхъ шинъ, послѣ чего починенная перчатка можетъ служить такъ же хорошо, какъ и новая. Далѣе, я убѣдился, что резиновыя перчатки (американскiя) можно отлично стерилизовать кипяченiемъ и натягивать мокрыми, на мокрыя же руки, причемъ онѣ много разъ могутъ выдерживать такую стерилизацию, отлично сидятъ на рукѣ, и послѣдняя въ перчаткѣ нисколько не потеетъ. В. Г.

работка. Уже за нѣсколько дней до предполагаемой операціи выбриваютъ лобокъ, больная получаетъ ежедневно ванну, причемъ наружныя половыя части ея каждый разъ подвергаются основательной механической очисткѣ мыломъ и мягкой щеткою. Наканунѣ операціи части эти покрываются сулемовыми компрессами и затѣмъ непосредственно передъ лею еще разъ подвергаются обеззараживанію, — мыломъ, алкоголемъ и сулемою, какъ это указано для рукъ.

Въ новѣйшее время предложено покрывать кожу, послѣ предварительной обработки ея обезжиривающими веществами, стерильными растворами каучука (гаудинтъ) и такимъ образомъ предохранять рану отъ переноса зародышей. Такое покрытие кожи особенно рекомендуется для тѣхъ частей ея, которыя трудно доступны очищенію, каковы, напр., участки въ окружности вульвы и задняго прохода. Далѣе, въ настоящее время пользуется широкимъ распространеніемъ предложенная Grossich'emъ быстрая дезинфекція кожи іодной настойкой, такъ какъ примѣненіе ея очень просто, требуетъ очень короткаго времени и въ то же время въ достаточной мѣрѣ достигаетъ цѣли. Кожа при этомъ просто, безъ предварительнаго мытья, смазывается іодной настойкой, причемъ отъ прижиганія послѣдней образуется тонкій слой, временно препятствующій выходу бактерій. Какъ обеззараживающее средство, послѣ обычнаго мытья мыломъ, іодная настойка, впрочемъ, давно уже примѣнялась отдѣльными хирургами для дезинфекціи кожи какъ рукъ, такъ и операціоннаго поля. Для обеззараживанія влагалища, влагалищной части и канала шейки слѣдуетъ сначала основательно вытереть эти части (раскрытыя возможно широко при помощи зеркалъ) сулемовымъ растворомъ; затѣмъ слѣдуютъ ежедневно по 2 раза спринцеванія 1% растворомъ сулемы, а передъ операціей еще разъ, раскрывъ половыя части зеркаломъ, вытираютъ каждую складку влагалища, какъ и полость шеечнаго канала, подходящими ватными или марлевыми шариками, сначала съ жидкимъ мыломъ, потомъ со спиртомъ и наконецъ съ растворомъ сулемы. Всѣ эти средства могутъ быть также замѣнены однимъ вливаніемъ іодной настойки. Теперь же, кстати, прижигаютъ термокаутеромъ до острупленія всѣ язвы на влагалишной части, а все подвергшееся гнилоственному распаду должно еще наканунѣ быть удалено ножницами и острой ложечкой и также основательно прижжено.

Сосѣдство отверстій мочеиспускательнаго канала и задняго прохода дѣлаетъ невозможнымъ удержаніе половой щели на долгое время въ асептическомъ состояніи при помощи постоянной повязки. Во время операціи защищаютъ себя отъ загрязненія мочою тѣмъ, что предварительно опорожняютъ пузырь катетеромъ, а отъ загрязненія со стороны кишечника — введеннымъ въ прямую кишку тампономъ съ сулемовымъ компрессомъ, который натягивается передъ заднепроходнымъ отверстиемъ и прикрѣпляется къ кожѣ зажимами. Кромѣ того слѣдуетъ позаботиться, до операціи, объ устраненіи заразныхъ кагарровъ пузыря, если не хотятъ рисковать тяжелымъ зараженіемъ раны въ половыхъ частяхъ, а выведеніе кала во время операціи предудреждается основательною очисткою кишечника передъ лею. Въ первые дни послѣ операціи наружныя половыя части необходимо стараться также содержать въ возможной чистотѣ, для чего служатъ повторныя обмыванія сулемовымъ растворомъ, которыя осо-

бенно нужны послѣ каждого опорожненія мочи и кала; введенные шарики изъ марли или ваты при этомъ замѣняются свѣжими. Поверхность раны посыпаютъ вѣформомъ или дерматоломъ. Влагалищные тампоны черезъ 3—4 дня удаляются, такъ какъ, несмотря на вѣформъ или другія антисептическія вещества, задерживающееся въ нихъ отдѣлимое раны уже около этого времени обыкновенно обнаруживаетъ явственные признаки разложенія. Примѣненіе іодоформа, запаха котораго обычно очень тягостенъ и для самихъ больныхъ, и для окружающихъ ихъ лицъ, все болѣе и болѣе отходитъ на задній планъ. Лишенный запаха вѣформъ можетъ вполне замѣнить собою это средство.

Обеззараженія инфицированныхъ тканей имѣющимся у насъ въ настоящее время средствами достигнуть невозможно, — всякія промыванія, выскабливанія, прижиганія термокаутеромъ и т. п. являются недостаточными, чтобы уничтожить проникшихъ въ ткани микробовъ, какъ это бываетъ, напр., при распадающихся міомахъ и ракахъ, при гнойныхъ воспаленияхъ и пр. Поэтому, разъ у насъ имѣется хотя подозрѣніе, что септическіе зародыши находятся въ тканяхъ, — рану слѣдуетъ тампонировать и лечить по открытому способу. Равнымъ образомъ и по отношенію къ брюшинѣ въ подобныхъ случаяхъ слѣдуетъ прибѣгать къ тампонаціи и дренированію, если мы желаемъ избѣгнуть послѣдовательнаго развитія септического перитонита.

### III. Обезпложиваніе инструментовъ.

10-ти-минутнаго кипяченія въ закрытомъ сосудѣ достаточно, чтобы обезплодить инструменты. Потускнѣніе никкелировки ихъ предупреждается тѣмъ, что воду берутъ перегнанную или дождевую съ прибавкою 1% соды. Ножи отъ кипяченія тупятся, и потому ихъ обеззараживать лучше помѣщая въ 3% растворъ карболовой кислоты. Для кипяченія пригоденъ всякій сосудъ, въ которомъ инструменты могутъ лежать совѣмъ покрытыми водою; весьма удобенъ извѣстный кипячительный приборъ *Lauteschläger's*, въ который инструменты кладутся въ особыхъ корзиночкахъ изъ проволоки и въ нихъ же потомъ вынимаются изъ него.

Во время операціи инструменты лежатъ въ 2% карболовомъ растворѣ. Этимъ обезвреживаются зародыши, которые попадаютъ на нихъ случайно при оперированіи. Если же оперировать инструментами сухими или держать ихъ въ обезпложенномъ растворѣ поваренной соли, то въ послѣднемъ, напр. на инструментахъ, обыкновенно находятъ къ концу операціи множество зародышей, которые попадаютъ отчасти изъ глубокихъ слоевъ кожи рукъ и операціоннаго поля, отчасти изъ воздуха.

Для возможно болѣе легкаго обезпложиванія необходимо, чтобы инструменты были сдѣланы цѣликомъ изъ металла и имѣли поверхность по возможности гладкую, безъ выемокъ, отверстій, шарнировъ и т. д., которые съ трудомъ доступны очисткѣ и мѣшаютъ свободному доступу кипящей воды.

#### IV. Обезпложиваніе перевязочнаго матеріала и матеріала для швовъ.

Перевязочные предметы всякаго рода, какъ марлевые компрессы, шарики, бинты, а равно полотенца, операціонные халаты, перчатки, щетки и т. д., всего вѣрнѣе обезпложиваются текучимъ паромъ подѣ давленіемъ. При давленіи въ 1 атмосферу (115° С.) требуется воздѣйствіе пара около  $\frac{1}{2}$  часа, чтобы достигнуть полнаго обезпложенія даже большихъ объектовъ (наполненный перевязочнымъ матеріаломъ котель или корзинка). Весь этотъ матеріалъ долженъ быть употребленъ свѣжеобезпложеннымъ и взятымъ непосредственно изъ пароваго аппарата, ибо при сохраненіи своемъ онъ уже не обезпечитъ отъ загрязненія. Сказанное относится и къ «обезпложеннымъ» перевязочнымъ веществамъ, которые получаютъ съ фабрикъ или изъ аптекъ.

Если обезпложиваніе перевязочнаго матеріала паромъ невозможно, разрѣшается прокипятить его въ теченіе  $\frac{1}{2}$  часа и примѣнять, по охлажденіи, влажнымъ. Но пуждѣ можно обойтись и погруженіемъ полотенецъ и компрессовъ въ карболовый или сулемовый растворы, которые, однако, начинаютъ развивать свое дѣйствіе лишь черезъ извѣстное время ( $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ ) часа.

Изъ наиболее употребительныхъ матеріаловъ для швовъ легко и надежно обезпложиваются шелкъ и silkworm кипяченіемъ въ теченіе  $\frac{1}{4}$  часа въ 1% растворѣ сулемы, но обезпжиреніи въ эфирѣ и алкоголь. Собственно говоря, для обезпложенія достаточно прокипятить ихъ и въ чистой водѣ, но прибавка сулемы имѣетъ то преимущество, что въ нитяхъ шелка и silkworm'a образуется соединеніе сулемы съ блѣкомъ, которое пристаеетъ къ нимъ (Hägleit) и препятствуетъ развитію бактерий, если таковыя случайно попали на нитку и съ нею въ рану при завязываніи узловъ. Именно нити нитей и представляютъ, какъ постороннія тѣла, извѣстную защиту для зародышей отъ убійственнаго для постѣднихъ вліянія клетокъ и соковъ организма, — поэтому зараженіе зачастую исходитъ изъ лигатурныхъ петель и швовъ.

Для обезпложиванія кѣгутута, который нельзя кипятить въ водѣ, рекомендуется, какъ простѣйшій способъ, обработка и сохраненіе въ сулемовомъ алкоголь по v. Bergmann'u (1 часть сулемы на 20 воды и 80 абсолютнаго алкоголя). Этимъ путемъ нити вмѣстѣ и пропитываются сулемою и потому удерживаютъ свои противугнилостныя качества. Совершенно свободный отъ зародышей, притомъ сухой и весьма крѣпкій кѣгутутъ получается при помощи предложеннаго Кгб-пиг'омъ обезпложиванія кумоломъ или юдною настойкой<sup>1)</sup>. Кумо-

1) Я убѣдился изъ опыта, что однимъ изъ самыхъ лучшихъ способовъ стерилизации кѣгутута является обезпложиваніе его сухимъ жаромъ. Техника этого способа состоитъ въ слѣдующемъ: тщательно промывъ кѣгутутъ зеленымъ мыломъ, кладутъ его на двое сутокъ въ эфиръ, потомъ высушиваютъ, наматываютъ въ одинъ слой на стеклянныя пластинки, предварительно обернутыя марлей, и, завернувъ въ вату, подвергаютъ дѣйствію сухого жара до 150° С.; жаръ доводится до этой т° постепенно въ теченіе 2 часовъ, послѣ чего кѣгутутъ еще 2 часа остается при указанной т°; затѣмъ пластинки съ кѣгутутомъ переносятся въ 95° спиртъ, гдѣ и со-

ловый или іодистый катгутъ въ настоящее время могутъ быть получены съ разныхъ фабрикъ во вполне асептической упаковкѣ.

## V. Защита отъ зараженія черезъ пыль (воздухъ).

По сравненію съ зараженіемъ черезъ соприкосновеніе, при которомъ бактеріи прямо прививаются въ рану недостаточно обезпложенными руками, инструментами, шариками, швами и т. д., зараженіе черезъ воздухъ или черезъ пыль имѣетъ мало значенія, ибо содержащіяся въ пыли зародыши обыкновенно не обладаютъ особою вирулентностью. Несомнѣнно, однако, что, напр., въ пропитанныхъ заразою больницахъ, гдѣ раневыя отдѣленія массами засыхаютъ и прилипаютъ къ пыли, бактеріи послѣдней являются весьма вирулентными и могутъ вызывать смертельныя зараженія ранъ.

Карболовый дождикъ (spray), введенный Lister'омъ для защиты противъ зараженія черезъ воздухъ, давно уже оставленъ, ибо кратковременнымъ соприкосновеніемъ частичекъ пыли съ карболовымъ облакомъ не достигается умерщвленія зародышей; кромѣ того, они струею пара прямо заносятся въ рану. Теперь защищаютъ себя отъ зараженія черезъ воздухъ тѣмъ, что оперируютъ въ помѣщеніяхъ, по возможности свободныхъ отъ пыли, съ гладкими стѣнами и смоченнымъ (чтобы осѣивая пыль не поднималась) поломъ<sup>1)</sup>. Паданіе чешуекъ надкошницы и пылевыхъ частицъ съ волосъ и бороды оператора и помощниковъ устраняется влажными колпачками и повязками на бороды, а загрязненіе ранъ черезъ всегда содержащія зародышей частицы слюны, которыя вытекаютъ изъ рта при громкомъ разговорѣ, — тѣмъ, что оперируютъ молча, или же ротовыми повязками. Наконецъ, всѣ свѣжія раны, обнаженную брюшину, биники и т. д. всегда держатъ по возможности закрытыми при помощи обезпложенныхъ компрессовъ, — открытою оставляется лишь та часть раны, гдѣ нужно работать оператору. Окружность раны также закрывается обезпложенными, смоченными въ судельн. полотнами. Такимъ путемъ предупреждается всякое соприкосновеніе рукъ, инструментовъ и т. д. съ кожей, на обезпложеніе которой никогда нельзя вполне положиться, и вмѣстѣ обеззараживаются падающія изъ воздуха пылевые частицы, приставшія къ которымъ бактеріи погибаютъ отъ соприкосновенія съ растворомъ судельны. На рис. 328 изображенъ способъ охраны отъ зараженія черезъ соприкосновеніе и черезъ пыль при операціи на влагалищѣ. На операторѣ и помощникѣ надѣты обезпложенные колпачки и повязки — ротовыя и для бороды; обезпложенные операціонныя хазаты снабжены длинными

храняются до употребленія. Обработанный такимъ образомъ катгутъ, съ одной стороны, является абсолютно стерильнымъ, а съ другой — не утрачиваетъ своихъ физическихъ свойствъ (прочность, эластичность и пр.). В. Г.

1) Для освобожденія воздуха операціонной отъ плавающихъ въ немъ частицъ пыли весьма целесообразно — наполнять все помѣщеніе операціонной, за нѣсколько времени до операціи, паромъ. Осаждаясь, паръ увлекаетъ съ собою частицы воздушной пыли, а вмѣстѣ съ ними — и носящихся въ воздухѣ микробовъ.

В. Г.



рукавами, которые завязываются надъ резиновыми перчатками, такъ что прямое соприкосновеніе кожи врачей съ ранюю никогда не имѣеть мѣста. Операционное поле со всѣхъ сторонъ окружено влажными сулемовыми компрессами.



Рис. 328. Защита операционной раны отъ инфекціи чрезъ соприкосновеніе и изъ воздуха при влагалитическихъ операціяхъ.

Несмотря на всѣ, перечисленныя сейчасъ, защитительныя и обеззараживающія средства, намъ и до сихъ поръ не удастся оперировать при абсолютно асептическихъ условіяхъ. Если послѣ перваго же разрѣза, во время операціи и въ концѣ ея обереть поверхность раны или брюшину стерильнымъ компрессомъ и затѣмъ изслѣдовать послѣдній на бактеріи путемъ прививокъ на питательныхъ средахъ, то мы всегда получимъ разводки микробовъ. Найденныя такимъ путемъ зародыши главнымъ образомъ происходятъ изъ кожи операционнаго поля, отчасти же — изъ воздушной пыли. Такъ какъ обычно они не принадлежать къ вирулентнымъ формамъ, то, при нор-

мальныхъ условіяхъ раны, они быстро убиваются и обезвреживаются организмомъ. Зародыши эти, однако, могутъ проявить и вредоносное дѣйствіе, если они найдутъ въ ранѣ, вслѣдствіе скопленія въ ней крови или секретовъ, благоприятную почву для своего дальнѣйшаго развитія.

акusher-lib.ru

## Глава XXIX.

### Общая гинекологическо-терапевтическая методика.

Otto Küstner'a.

#### I. Гинекологическая акушерия.

Прежде, чѣмъ подвергать больную какой-либо хирургической операціи, необходимо выяснитъ, насколько польза отъ операціи будетъ больше вреда и опасности отъ нея. Чѣмъ болѣе безопасны стали наши операціи за послѣднія десятилѣтія, тѣмъ легче стали ставить показанія къ нимъ, и тѣмъ легче сами больныя стали рѣшаться на операцію. Если 50 лѣтъ тому назадъ къ лапаротоміи прибѣгали только при наличности жизненныхъ показаній, то въ настоящее время ее дѣлаютъ, чтобы просто устранить тѣ или другія, тягостныя для больной разстройства. При многихъ заболѣваніяхъ является дѣломъ вкуса, — предпочесть-ли оперативное леченіе, или неоперативное. Тѣмъ не менѣе къ этому дѣлу не надо относиться, спустя рукава; необходимо помнитъ, что операція операціи рознь, — что и въ настоящее время еще есть операціи, опасныя для жизни, — что опасность эта зависить отъ состоянія больной, въ какомъ она ложится на операціонный столъ, и сложности вмѣшательства. Абдоминальная экстирпація раковой матки — нѣчто совсѣмъ иное, нежели операція Alexander'a - Adams'a. Однако женщинѣ съ тяжельмъ страданіемъ легкихъ мы можемъ и должны предложить, при рагѣ матки, абдоминальную экстирпацію, если же у ней имѣется заболѣваніе, не грозящее опасностью жизни, — мы должны воздержаться отъ оперативнаго его леченія.

Надо помнитъ еще, что оперативныя способности у различныхъ лицъ бываютъ различны. Операція, являющаяся безопасною въ рукахъ одного гинеколога, можетъ имѣть иной исходъ въ рукахъ другого. Каждый врачъ долженъ точно знать себѣ цѣну и беречься самообмана и переоцѣнки.

Передъ каждой операціей, дажѣ, и особенно передъ такою, которая требуетъ ингаляціоннаго наркоза, необходимо тщательно изслѣдовать всѣ органы больной. При этомъ, если изслѣдованіе обнаружитъ патологическое состояніе дыхательныхъ органовъ, — надобно серьезно подумать, прежде чѣмъ предлагать эфирный наркозъ. Тяжелыя заболѣванія легочной паренхимы и слизистой бронховъ противопоказуютъ этотъ послѣдній. Если же имѣется тяжелое заболѣваніе сердца, то надо остерегаться хлороформнаго наркоза. Особенно слѣдуетъ это имѣть въ виду при заболѣваніяхъ миокардіа, являющихся слѣдствіемъ пороковъ сердечныхъ клапановъ. Однако пороки

сердца и сами по себѣ, даже хорошо компенсированные, требуют осторожности по отношенію къ хлороформу. Большая осторожность требуется и при миокардитахъ, развившихся на почвѣ длительныхъ кровотеченій.

Передъ операцией надо изслѣдовать мочу больныхъ на ацетонъ, бѣлокъ и сахаръ. Если у больной окажется альбуминурия, — нужно установить путемъ микроскопическаго изслѣдованія, а также принимаемая во вниманіе анамнезъ и др. данныя, какаго рода имѣется заболѣваніе почек, и въ какой степени оно выражено. Болѣе тяжелыя почечныя заболѣванія противопоказуютъ хлороформный наркозъ, но допускаютъ эфирный.

Особенное значеніе при установкѣ показаній къ операциі представляетъ диабетъ. Болѣзнь эта противопоказуетъ всякое оперативное вмѣшательство, которое не имѣетъ подъ собою жизненныхъ показаній. Если же у больной имѣется грозящее жизни заболѣваніе, — ракъ или киста яичника, — то предварительно у больной надо постараться по возможности уменьшить гликозурию. Извѣстны случаи, что у диабетической, подвергнутой ингаляціонному наркозу, развивалась диабетическая кома, въ которой онѣ и погибли. Я самъ пережилъ 2 подобныхъ случая.

У женщинъ, которыя долго страдали сильными кровотечениями, предъ операцией слѣдуетъ опредѣлить содержаніе гемоглобина при помощи весьма удобнаго для клиническихъ цѣлей гемоглобинометра Fleischl'a.

Между тѣмъ какъ многія мелкія гинекологическія операциі (выскабливаніе, операциа Emmet'a) могутъ быть производимы и безъ наркоза, всѣ вмѣшательства, которыя требуютъ болѣе продолжительнаго времени (болѣе 5 минутъ), при которыхъ надо рѣзать и спшивать, нуждаются въ обезболивающихъ мѣропріятіяхъ.

Изъ мѣстныхъ средствъ я долго пробовалъ при малыхъ операцияхъ на половой щели и во влагалищѣ смазыванія кокаиномъ и подкожныя впрыскиванія его (10%). Дѣйствіе получается иногда превосходное, иногда же — ровно никакого.

Schleich'овское обезболиваніе пропитываніемъ мною въ особенности часто примѣнялось при непродолжительныхъ чревосѣченіяхъ. Въ подкожную ткань живота, — тамъ, гдѣ долженъ быть сдѣланъ разрѣзъ, — впрыскиваютъ растворъ 0,2 грм. солянокислаго кокаина съ 0,05 солянокислаго морфія и 0,4 хлористаго натра въ 290 грм. перегнанной воды, растираютъ образовавшійся желвакъ и проводятъ разрѣзъ. Нерѣдко обезболиваніе при этомъ оказывается недостаточнымъ, и приходится переходить на общій наркозъ.

Большинство операторовъ склонно думать, что при всѣхъ болѣе крупныхъ операцияхъ, особенно чревосѣченіяхъ, мы не можемъ обойтись безъ ингаляціоннаго наркоза. Для чревосѣченій важно не только обезболивающее дѣйствіе послѣдняго, но и расслабленіе мышцъ.

Изъ такихъ средствъ могутъ быть примѣняемы или хлороформъ, или эфиръ. Въ конкуренціи обоихъ средствъ побѣда осталась за хлороформомъ. Только при порокахъ сердца выгодно замѣнять его эфиромъ, хотя человекъ опытный и внимательный можетъ хлороформировать и сердечныхъ больныхъ<sup>1)</sup>.

1) За послѣднее время я съ успѣхомъ замѣняю хлороформъ и эфиръ гедоналомъ, растворъ котораго вводится въ вену, — способъ общей анестезіи, предложенный проф. Кравковымъ и особенно разработанный въ клиникѣ проф. Федорова. Наркозъ этотъ особенно хорошъ тѣмъ, что онъ легко переносится и легочными, а также сердечными больными; кромѣ того, послѣ него у больныхъ не бываетъ той мучительной рвоты, какая обычно наблюдается послѣ эфирнаго и хлороформнаго наркоза. В. Г.

Главные явления, которые вызываются вдыханием хлороформа, обозначены на следующей схеме Czernig'a, которую я воспроизвожу съ некоторымъ измѣненіемъ.



Ш. З. — широкіе зрачки. У. З. — узкіе зрачки. Р. Р. — роговичный рефлексъ.  
З. Р. — зрачковый рефлексъ.

Т. е. сначала наступаетъ потеря сознанія, затѣмъ слѣдуетъ стадія возбужденія со рвотой и неистовствомъ, у потаторовъ въ особенности рѣзкая. Около этого времени наступаетъ стадія расширенія зрачковъ, съ сохраненіемъ рефлекса какъ ихъ, такъ и роговицы. Наконецъ идетъ стадія глубокаго наркоза при узкихъ зрачкахъ и отсутствіи рефлексовъ роговичнаго и зрачковаго, — стадія, до которой долженъ быть доводимъ и на которой долженъ быть удерживаемъ наркозъ при каждой операціи (а также и при изслѣдованіи, ср. главу XXVII). Если теперь еще подбавлять хлороформа болѣе, чѣмъ это необходимо, то наступаетъ стадія расширенія зрачковъ при отсутствующемъ рефлексѣ ихъ. Когда же и этотъ грозный симптомъ не принять въ расчетъ или просмотрѣвъ, тогда вскорѣ начинаются ненормальности въ дыханіи, и въ концѣ концовъ оно совсѣмъ останавливается. Непосредственно за этимъ слѣдуетъ стадія паралича сердца, — пульсъ начинаетъ дѣлаться неощутимымъ, а затѣмъ останавливается и сердце.

Таково теченіе наркоза, доводимаго до смерти. Задача наркотизирующаго заключается въ томъ, чтобы удерживать его въ стадіи, обозначенной въ схемѣ между двумя толстыми линиями, — въ періодѣ толерантности. Достигается это слѣдующимъ образомъ.

Накапавъ на маску нѣсколько капель хлороформа до увлажненія ея, останавливаюгъ ее передъ носомъ и ртомъ больной. Затѣмъ, путемъ постепеннаго накапыванія, достигается стадія широкихъ зрачковъ, потомъ — узкихъ, послѣ чего хлороформа накапывается настолько мало, чтобы была достигнута опять стадія широкихъ зрачковъ съ реакціею, но и не такъ много, чтобы наступило расширеніе зрачковъ безъ реакціи. При этомъ хлороформирующій наблюдаетъ на груди и животѣ больной дыханіе и по временамъ провѣряетъ по сонной артеріи сердечную дѣятельность, съ которою онъ ознакомился раньше. Если больную начинаетъ рвать, — голову ея поворачиваютъ въ сторону и, въ случаѣ нужды, удаляютъ желудочное содержимое изъ глотки при помощи шариксвъ на корнцангѣ. Въ случаѣ западенія къзади языка или производятъ подвывихъ нижней челюсти, или вытягиваютъ языкъ особыми щипцами. Дальнѣйшія показанія въ опасныхъ стадіяхъ наркоза обозначены въ схемѣ.

Симптомы эфирнаго наркоза весьма сходны съ тѣми, которые наблюдаются при хлороформѣ. Оглушеніе наступаетъ здѣсь медленнѣе; помѣху и опасность составляютъ обильное отдѣленіе слюны и горючесть эфира.

При тяжелыхъ заболѣваніяхъ легкихъ эфирный наркозъ является противопоказаннымъ.

Для эфирнаго наркоза мы пользуемся большою, покрывающею все лицо маскою, которая снаружи обтянута резиноюю тканью. Весьма цѣлесообразна маска Waple's'a, — резиновый мѣшокъ, соединенный при помощи трубки съ плотной маской; въ мѣшокъ наливается эфиръ, пары котораго, при потряхиваніи мѣшка, черезъ трубку поступаютъ подъ маску. Аппаратъ этотъ въ значительной мѣрѣ предохраняетъ отъ воспламененія эфира.

За послѣдніе годы я преимущественно, даже почти исключительно, примѣняю эфирный наркозъ, причемъ пользуюсь обыкновенными марлевыми масками. Наркотизаторъ имѣетъ подъ рукою 2—3 такихъ маски и по мѣрѣ нужды переми-

няет ихъ. На эфиръ я перешелъ потому, что случаи внезапной, неожиданной смерти, какъ показываютъ всѣ большія статистики, при эфирномъ наркозѣ встрѣчаются гораздо рѣже, чѣмъ при хлороформѣ, а особенно потому, что эфиръ не такъ вредно дѣйствуетъ на почки. Вредное вліяніе хлороформа на эти органы, ведущее къ тяжелымъ, иногда смертельнымъ нефритамъ, нерѣдко наблюдается у весьма ослабленныхъ субъектовъ, напр. у больныхъ съ ракомъ матки, оперированіе которыхъ требуетъ длительного наркоза.

Правда, послѣ эфира чаще наблюдаются бронхо-пневмоническіе процессы, чѣмъ послѣ хлороформа, и это составляетъ невыгодную сторону эфирнаго наркоза.

Однако невыгода эта менѣе значительна, чѣмъ упомянутыя невыгодныя стороны хлороформа. Притомъ же далеко не всѣ пневмоніи, развивающіяся у больныхъ, оперированныхъ подъ эфирнымъ наркозомъ, должны быть относимы насчетъ этого послѣдняго. Извѣстно, что пневмоніи развиваются иногда и послѣ абдоминальныхъ операций, произведенныхъ при спинномозговой анестезіи (Mikulicz, Gottstein). Чтобы избѣгать ихъ, необходимо строго соблюдать слѣдующія мѣры предосторожности: операции слѣдуетъ производить на нагрѣваемомъ столѣ, если же такового не имѣется, — больныхъ во время операции надо держать на резиновомъ матрацѣ, наполненномъ теплой водой; дальѣ воздухъ въ операционной долженъ быть достаточно нагрѣтый (30—37°С.); тѣло оперируемой, за исключеніемъ операционнаго поля, должно быть защищено теплыми стерильными полотенцами; наконецъ, мытье больной передъ операцией должно быть производимо при помощи теплой воды.

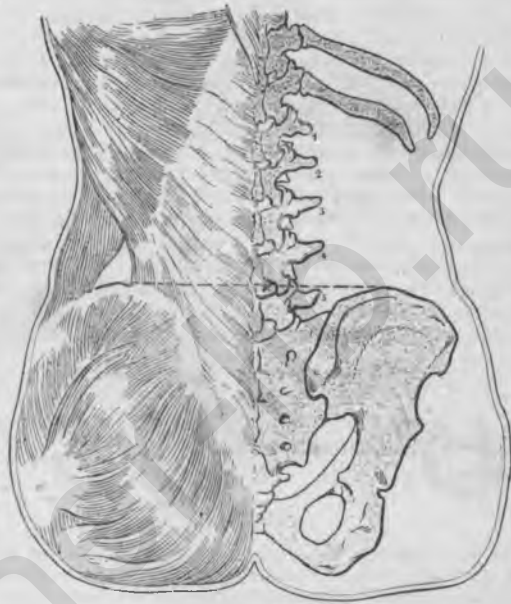


Рис. 329. Мѣсто вкола иглы при поясничной анестезіи (обозначено знакомъ X посреднѣ пунктирной линіи, соединяющей высшія точки гребешковъ позвонковъ).

За  $\frac{1}{4}$  часа до начала ингаляціоннаго наркоза больная получаетъ 0,01 морфія подъ кожу<sup>1)</sup>. Во время наркоза, — производится онъ хлороформомъ, или эфиромъ, безразлично, — надо слѣдить, чтобы больная дышала, кромѣ паровъ анестетическаго средства, и воздухомъ. Существуютъ спеціальныя аппараты, предназначенныя для того, чтобы больная вдыхала пары хлороформа или эфира лишь въ смѣси съ воздухомъ<sup>2)</sup>. Однимъ изъ наиболѣе цѣлесообразныхъ приборовъ этого рода является аппаратъ Roth-Dräger'a, протѣ примѣняемый въ моей клиникѣ аппаратъ Schuber't'a. При этомъ опасность ингаляціоннаго наркоза значительно уменьшается. Въ этихъ же видахъ нѣкоторые хирурги начинаютъ наркозъ бромъ-этиломъ, котораго наливается въ маску 20,0, а затѣмъ продолжаютъ его при помощи эфира. Во всякомъ случаѣ нормальнымъ наркозомъ слѣдуетъ считать эфирный; хлороформъ долженъ быть сохраненъ лишь для тѣхъ случаевъ, гдѣ эфирный наркозъ является почему-либо противопоказаннымъ.

За послѣднее время въ хирургической практикѣ зачастую примѣняется спинномозговая анестезія по Bier'у. Первоначальная техника ея заключается въ слѣдующемъ:

Заставивъ больную, находящуюся въ сидячемъ положеніи, нѣсколько согнуться, втыкаютъ ей въ промежутокъ между третьимъ и четвертымъ поясничными

1) Или смѣсь 0,01 морфія съ 0,0004 скополамина. В. Г.

2) Или кислородомъ. В. Г.

позвонками, т. е. на высотѣ крыльевъ подвздошныхъ костей, или въ слѣдующій вышележащій или нижележащій межпозвоночный промежутокъ, крѣпкую пункционную иглу настолько глубоко, чтобы конецъ ея проникъ въ арахноидальное пространство. Если остріе иглы попадетъ въ послѣднее, то обыкновенно изъ иглы вытекаетъ нѣсколько капелек прозрачной cerebro-спинальной жидкости. Выпустивъ около 1,0 ея, впрыскиваютъ черезъ иглу 1 куб. сант. раствора, содержащаго 0,005—0,01 кокаина или экаина  $\beta$ . Послѣ этого развивается аналгезія нижнихъ конечностей и тазовыхъ органовъ, дѣйствующая отъ 30 минутъ до 2 часовъ, т. е. такое время, въ теченіи котораго можно выполнить даже весьма сложную гинекологическую операцію. Слѣдуетъ, однако, имѣть въ виду, что способъ этотъ имѣетъ и свои опасности, иногда даже ведетъ къ смерти. Причина опасностей лежитъ въ ядовитости кокаина и въ проникновеніи впрыснутой жидкости въ вышележащія части спинномозгового канала и желудка. Поэтому самъ Вieg долженъ быть предостеречь противъ чрезмѣрно-широкаго примѣненія этого способа. Въ послѣдній, впрочемъ, введены усовершенствованія, обезпечивающія ему большую надежность и безопасность. Самое важное изъ нихъ заключается въ томъ, что кокаинъ замѣняютъ тропококаиномъ, новокаиномъ, экаиномъ и стованиомъ въ смѣси съ адреналиномъ. Кромѣ того, пункція производится теперь съ большими предосторожностями. Мы примѣняемъ новокаинъ съ адреналиномъ въ томъ видѣ, какъ они выпускаются съ фабрики, въ запаянныхъ ампуллахъ, и примѣняемъ аппаратъ Kögig, при помощи котораго можно контролировать давленіе въ дуральномъ мѣшкѣ. Kögig комбинируетъ спинно-мозговую анестезію съ усыпленіемъ при помощи скополамина. Отличный наркозъ, однако, иногда получается и безъ этого послѣдняго средства. Нерѣдко послѣ спинно-мозговой анестезіи наблюдаются длительныя, иногда очень тягостныя головныя боли. Далѣе, при этомъ способѣ нельзя практи-

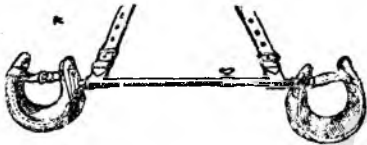


Рис. 330. Поддержатель Sanger-Otta. Держалки для колецъ, между ними раздвижной желѣзный стержень; къ послѣднему прикрѣплены концы ремня, обводимого кругомъ шеи оперируемой.

ковать положенія больной съ приподнятымъ тазомъ, ибо при послѣднемъ впрыснутая жидкость можетъ попасть въ выше расположенныя части спинного мозга. Выгодную сторону спинно-мозговой анестезіи представляетъ значительное расслабленіе брюшныхъ стѣнокъ, дѣлающее этотъ способъ очень пригоднымъ для лапаротоміи.

Нерѣдко гинекологи имѣютъ случаи наблюдать послѣ своихъ операцій т. наз. наркозные параличи. Я наблюдалъ ихъ только въ верхнихъ конечностяхъ, притомъ исключительно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ руки во время наркоза удерживались запрокинутыми за голову (см. рис. 342). Параличи эти, иногда проходящіе самостоятельно, иногда же уступающее лишь длительной фарадизаціи, безъ сомнѣнія возникаютъ на почвѣ сдавливанія plexus brachialis ключицами или головками плечевыхъ костей и такимъ образомъ совершенно аналогичны давно уже извѣстнымъ онѣмнѣямъ, возникающимъ во время сна. Съ тѣхъ поръ, какъ я забочусь, чтобы руки во время операціи удерживались вытянутыми вдоль туловища при помощи рукодержателя (Rothe), эти параличи не встрѣчаются болѣе въ моей практикѣ.

Въ области наружныхъ половыхъ органовъ и внутреннихъ, поскольку къ нимъ подходятъ естественныхъ путемъ, акургія представляетъ мало особенностей.

Относительно подготовки больныхъ и окружающей обстановки съ цѣлями асептики я стѣслю читателей къ соответствующимъ главамъ. Здѣсь еще разъ упомяну только, что всѣ гинекологическія операціи должны быть производимы въ хорошо нагрѣтой комнатѣ. При этихъ операціяхъ имѣетъ обычно мѣсто значительное обнаженіе больной — даже и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ лежанія внѣ операціоннаго поля части будутъ защищены стерильнымъ полотнонымъ бѣльемъ. Благодаря этому, тѣло больной при гинекологическихъ опера-

цияхъ подвергается зачительному охлажденію, и чтобы уменьшить послѣднее, нужно оперировать въ помѣщеніяхъ съ  $t^0$  не ниже  $32^{\circ}$  С.

Для большинства операций какъ въ глубинѣ полового канала, такъ и на наружныхъ половыхъ органахъ, больную приводятъ въ спинно-крестцовое положеніе, при которомъ задница находится на краю или уже за край стола, спина сильно изгибается кифотически, бедра приподнимаются подъ прямымъ угломъ къ туловищу и довольно сильно разводятся.



Рис. 331. Влагалищныя зеркала различной величины и искривленія для влагалищныхъ операций, операций на р. vaginalis, изсѣченія матки и т. д., съ сабельными ручками (по Küstner'у),  $\frac{1}{3}$  ест. вел.

Въ этомъ положеніи и надо удерживать больную во время операции. Такъ какъ при этомъ въ опорѣ нуждаются преимущественно ноги, то изобрѣтенные для этой цѣли приборы называются ногодержателями. Ихъ предложено довольно большое число видовъ, очень удобныхъ. Часто примѣняются Fritsch'евскіе; очень хороши также ногодержатели Sängers-Otta. Я за время своей долгой ассистентской дѣятельности убѣдился, что наилучшими ногодержателями являются спины стоящихъ по бокамъ больной помощниковъ, и теперь мой ассистентъ, что такого же взгляда придерживаются все болѣе и мои ассистенты. Выгодно комбинировать этотъ приемъ съ примѣненіемъ держателей Sängers-Otta.

Если операционное поле расположено во влагалищѣ, на влагалищной части или въ маткѣ, то стѣнки рукава должны быть разведены инструментами вродѣ раневыхъ крючковъ (ложкообразныя зеркала Sims'a или Simon'a). Чаще всего послѣднихъ требуется два, — для передней и задней стѣнокъ влагалища; иногда бываютъ нужны еще боковые держатели.



Въ настоящее время обычно употребляемыя при операціяхъ на внутреннихъ половыхъ органахъ влагалищныя зеркала имѣютъ не первоначальную ложковидную форму, а скорѣе форму раневыхъ крючковъ. Ихъ держать во время операціи помощники; поэтому зеркала должны быть снабжены цѣлесообразными рукоятками, которыя-бы возможно меньше утомляли руку. Весьма пригодною для этихъ зеркалъ является ручка дуэльной сабли.

Зеркала, которыя удерживаются на мѣстѣ сами при помощи особаго приспособленія, иногда годятся для мелкихъ операцій на влагалищной части матки; таковы зеркала Cusco, Meadows'a, Bozeman'a, Auvar'da, Neugebanaer'a (рис. 322, 323).

Для операцій болѣе продолжительныхъ такіе инструменты совершенно непригодны. Здѣсь необходимы помощники, главною задачею которыхъ и является держаніе и управленіе раневыми крючками гесп. влагалищными зеркалами.

Части, на которыхъ оперируютъ, — влагалищная часть матки, часть стѣнки влагалища, — захватываются затѣмъ еще п у л е в ы м и щипцами и вытягиваются впередъ. Употребительны щипцы Schultze, Collin'a и пр. Мои щипцы (рис. 334) захватываютъ крѣпко и надежно и не столь сильно рвануть ткани, какъ другіе. Чтобы сберечь руки ассистентовъ, я иногда привѣшиваю къ концамъ щипцовъ, вытягивающихъ захваченныя части, особый грузъ (рис. 332).

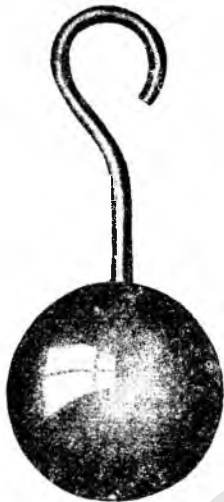


Рис. 332. Грузъ для привѣшиванія къ щипцамъ при рукавныхъ операціяхъ,  $\frac{2}{3}$  ест. вел.

Небольшія операціи въ рукавѣ и на влагалищной части, которыя требуютъ не болѣе 5—10 минутъ и которыя вовсе не болѣзненны или лишь малоболѣзненны, согласно предложенію Schultze, можно удобно производить въ коленно-локтевомъ положеніи. При этомъ совершенно не нужно держать ноги, ненужно и держаніе зеркалъ. Въ этомъ положеніи достаточно ввести въ рукавъ всего одно ложкообразное зеркало, чтобы оттянуть кверху заднюю стѣнку влагалища, а затѣмъ входящій воздухъ расправляетъ послѣднее совершенно, чѣмъ того можно добиться введеніемъ нѣсколькихъ зеркалъ въ спинномъ положеніи. Далекое не представляетъ такихъ преимуществъ положеніе боковое (Sim'sовское), и теперь еще зачастую примѣняемое въ Англии и Америкѣ.

Операціонныя раны внутреннихъ и наружныхъ половыхъ органовъ чаще всего недоступны перевязкѣ, или лишь съ трудомъ доступны. Поэтому я, вмѣсто того, чтобы употреблять дурно замыкающую повязку, болѣею частью совершенно отказываюсь отъ таковой, опудриваю операціонныя раны во влагалищѣ, на *portio*, въ сводахъ влагалища виоформомъ, дерматоломъ или айроломъ, — и это все. Такъ же поступаю я и при ранахъ *vulvae*. Пока послѣднія прочно не зарубцуются, т.-е. приблизительно до времени снятія швовъ, больныя остаются въ постели, у нихъ измѣняется температура, даются лег-

кія слабительныя (кромѣ тѣхъ случаевъ, гдѣ они прямо противопоказаны).

Мочу въ первые дни послѣ операціи надо почаще выводить при помощи катетера. Большинство больныхъ послѣ гинекологическихъ операцій не могутъ мочиться произвольно. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ причиною этого является неумѣніе, въ другихъ выступаютъ на сцену такія же условія, какія имѣютъ мѣсто у нѣкоторыхъ родильницъ: легкое припуханіе уретры вслѣдствіе близости раны или страхъ вызвать смачиваньемъ мочою боль — дѣлаютъ тщетными самыя усиленныя попытки.

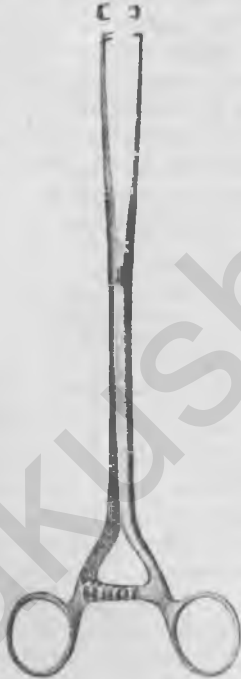


Рис. 333.



Рис. 334.

Рис. 333. Пулевые щипцы по Collin'у (на каждой вѣтви по 2 зубца),  $\frac{1}{2}$  ест. вел.

Рис. 334. Очень крѣпко захватывающіе пулевые щипцы по Küstner'у (на одной вѣтви 2 зубца, на другой 3),  $\frac{3}{4}$  ест. велич.

Въ иныхъ случаяхъ послѣ операціи на нѣкоторое время является необходимымъ постоянный катетеръ (см. гл. XXII). При этомъ, какъ и при временномъ употребленіи катетера, необходимо имѣть

въ виду, что зачастую слѣдствіемъ катетеризаціи является катарръ пузыря, и соблюдать предосторожности, указанные въ главѣ о циститѣ.

Операціи на внутреннихъ половыхъ органахъ со стороны брюшной полости требуютъ чревоошеченія.

Для лапаротоміи нужна комната съ гладкими, доступными обмыванію стѣнами, такимъ же поломъ и верхнимъ освѣщеніемъ. Если послѣдняго нѣтъ, то достаточное освѣщеніе можетъ быть получено при помощи дуговой лампы. Отличное освѣщеніе, особенно для глубокихъ частей живота, даетъ зеркальный аппаратъ Kögig'a-Siedentorfa: косо стоящее плоское зеркало отбрасываетъ свѣтъ сильной электрической лампы на косо же, подъ угломъ въ 45°, расположенное на потолкѣ, непосредственно надъ операціоннымъ столомъ, другое зеркало, лучи отъ котораго падаютъ на операціонное поле. Зеркало на потолкѣ можетъ быть передвигаемо по рельсамъ и ставится соотвѣтственно положенію объекта операціи.

Въ операціонной комнатѣ должны находиться лишь предметы, необходимые при операціи, — ничего другого. Мыть и дезинфицировать больную надо въ сошдней комнатѣ, а не въ самой операціонной; въ другомъ же помѣщеніи должны дезинфицироваться и переодѣваться и участники операціи (см. главу объ антисептикѣ и асептикѣ).

Подготовка больныхъ къ чревоошеченію, поскольку дѣло идетъ объ асептикѣ и антисептикѣ, была разсмотрѣна въ предшествующей главѣ. Если требующая операціи болѣзнь позволяетъ, то больной надо въ теченіи дня готовить кишечный трактъ, для чего заботятся объ обильномъ опорожненіи кишечника и даютъ, кромѣ того, внутрь азотнокислый висмутъ, дважды въ день по 0,5 грм. Безъ такой подготовки операторъ нерѣдко встрѣчаетъ полныя, вздутыя газами кишки, перистальтически движущіяся и тѣмъ крайне затрудняющія операцію въ животѣ; съ подготовкою же весь кишечный трактъ представляется блѣднымъ, свободнымъ отъ газовъ и спокойнымъ.

Необходимо, однако, подчеркнуть, что съ подготовкой кишечника не надо пересаливать. Если, какъ это мѣстами дѣлается, употребляется для нея сильныя проносныя средства, отъ которыхъ больную слабитъ десятки разъ, то она попадаетъ на операціонный столъ ослабшею и истощенною, а это представляетъ большую невыгоду.

Въ большинствѣ случаевъ разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ проводится по бѣлой линіи, причемъ, если онъ проведенъ точно между двумя прямыми мышцами, то кровоточитъ очень мало. Но при экзквизитно-боковомъ расположеніи объекта операціи, особенно если задѣтый органъ заведомо не можетъ быть смѣщенъ къ срединѣ, я и разрѣзъ провожу внѣ срединной линіи. При этомъ надо смотрѣть, чтобы не перерѣзать на пути надчревную артерію.

Величина разрѣза зависитъ отъ величины подлежащей удаленію опухоли, а иногда и отъ трудности операціи, ради которой предпринято чревоошеченіе. Обыкновенно достаточно бываетъ разрѣза отъ лопаткаго сочлененія до пупка или около того.

Слон, которые приходится вскрывать, проводя разрѣзъ по бѣлой линіи, суть: эпидермисъ, кожа, жировой слой (который у особъ жирныхъ можетъ достигать нѣсколькихъ сантиметровъ толщины), поверхностная фасція, иногда мышцы, глубокая фасція, опять жировой слой (далеко не такой толстый, какъ первый), брюшина.

Чтобы при манипуляціяхъ въ брюшной полости не содрать брюшину съ края разрѣза и не повредить ее, хорошо по вскрытіи живота пристегнуть ее парю шелковыхъ швовъ къ наружной кожѣ, или захватить особыми (Fritsch) или обыкновенными зажимными пинцетами или шипцами.

Для известнѣхъ операций представляетъ несомнѣнныя преимущества предложенный мною крестообразный разрѣзъ надъ лобкомъ. Брюшные покровы разрѣзаются при этомъ вплоть до фасціи поперекъ, тотчасъ надъ горизонтальными вѣтвями лобковой кости, еще въ области роста волосъ; затѣмъ этотъ разрѣзъ растягиваютъ діагонально, отслаиваютъ кожу и жировой слой отъ фасціи возможно дальше кверху нѣсколькими движениями ножа, а остатокъ брюшной стѣнки, фасцію и брюшину, разрѣзаютъ по средней линіи. Способъ этотъ даетъ возможность хорошо видѣть нижній отдѣлъ брюшной полости, и при помощи его мнѣ удавалось удалять большія опухоли яичниковъ, даже всюду сросшныя, если только онѣ были доступны уменьшенію, а также средней величины міомы. Такъ какъ, однако, разрѣзъ этотъ по смыслу метода не можетъ быть увеличенъ, то его слѣдуетъ примѣнять лишь при операцияхъ заведомо легкихъ и типичныхъ, при такихъ, гдѣ не нужно входить въ брюшную полость всею рукою; тамъ же, гдѣ удаленію подлежатъ крупныя, неспадающіяся опухоли, онъ неумѣстенъ.

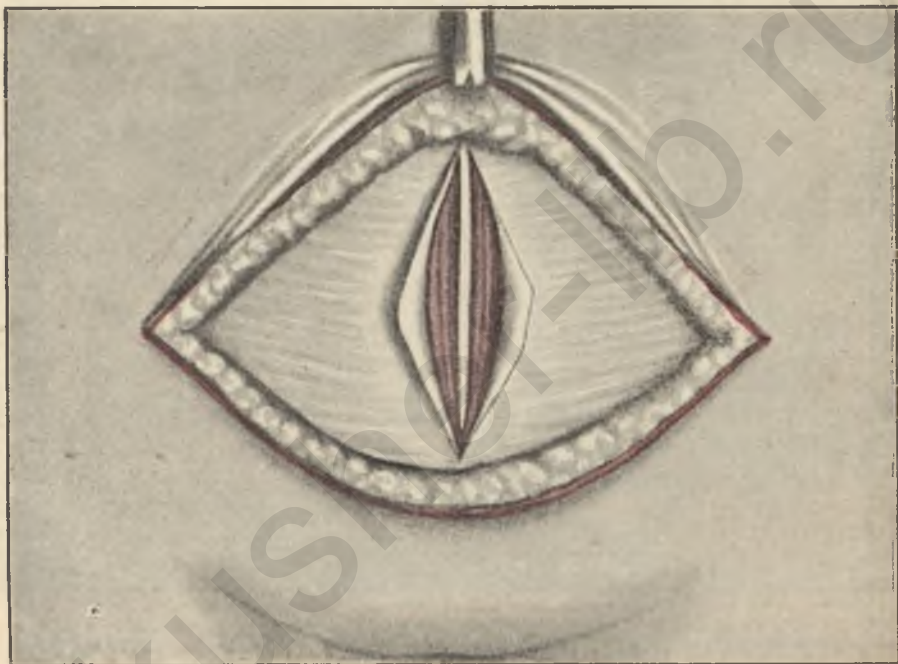


Рис. 335. Надлобковый крестообразный разрѣзъ по Küstner'y. Кожа и подкожная кѣлѣчатка разсѣкаются до фасціи поперечнымъ разрѣзомъ, имѣющимъ около 12 сант. въ длину; затѣмъ верхняя губа раны захватывается щипцами, и кожа съ подкожной кѣлѣчаткой отсепаровывается отъ фасціи частью ножницами, частью ножемъ такъ, что передняя поверхность фасціи обнажается на большомъ протяженіи. Послѣ того фасція разсѣкается продольно. На рисункѣ края продольнаго разрѣза фасціи представляются разошедшимися на 4 сант. въ серединѣ; между ними видны края прямыхъ мышцъ, а между ними — узкая полоска подбрюшинной кѣлѣчатки. Послѣдняя, вмѣстѣ съ брюшиной, вскрывается опять-таки продольно, и такимъ образомъ создается доступъ въ брюшную полость. (Veit, Handb. d. Gyn., II Aufl., Küstner, Lageveränderungen).

Закрывается послѣ него брюшная полость соответственно веденію разрѣза, — брюшина, мышцы и фасція сагиттально, а жировой слой и кожа поперекъ. Жировой слой и кожа должны быть нашиты на фасцію погружными швами изъ кѣтгута. Выгоды этого метода: 1) при немъ надежно предупреждаются грыжи бѣлой линіи, 2) рубецъ при немъ не виденъ, зарастая волосами.

Pfannenstiel видоизмѣнилъ этотъ способъ такимъ образомъ, что онъ проводитъ поперечный разрѣзъ не только черезъ кожу и подкожную кѣлѣчатку, но и черезъ фасцію, затѣмъ отдѣляетъ фасцію отъ мускулатуры и рѣжетъ продольно лишь мускулатуру и брюшину. И въ этой модификаціи данный способъ



былъ примѣненъ мною въ сотняхъ случаевъ и оказался рациональнымъ въ томъ же смыслѣ, какъ и мой первоначальный методъ. Оба способа разрѣза признаны съ разныхъ сторонъ, оба примѣняются многими гинекологами въ весьма большомъ числѣ абдоминальныхъ гинекологическихъ операций<sup>1)</sup>.

Невыгода моего крестообразнаго разрѣза, равно какъ и модификаціи Pfaппenstiel'я, заключается въ томъ, что его нельзя удлиннить до пупка и выше. Между тѣмъ потребность въ такомъ удлинненіи можетъ иногда обнаружиться лишь во время операціи. Fraпz думаетъ, что выгоды Pfaппenstiel'евской модификаціи можно сочетать съ преимуществами продольнаго разрѣза, если разрѣзывать кожу, подкожную клѣтчатку и фасцію такъ, какъ это обозначено на рис. 338.

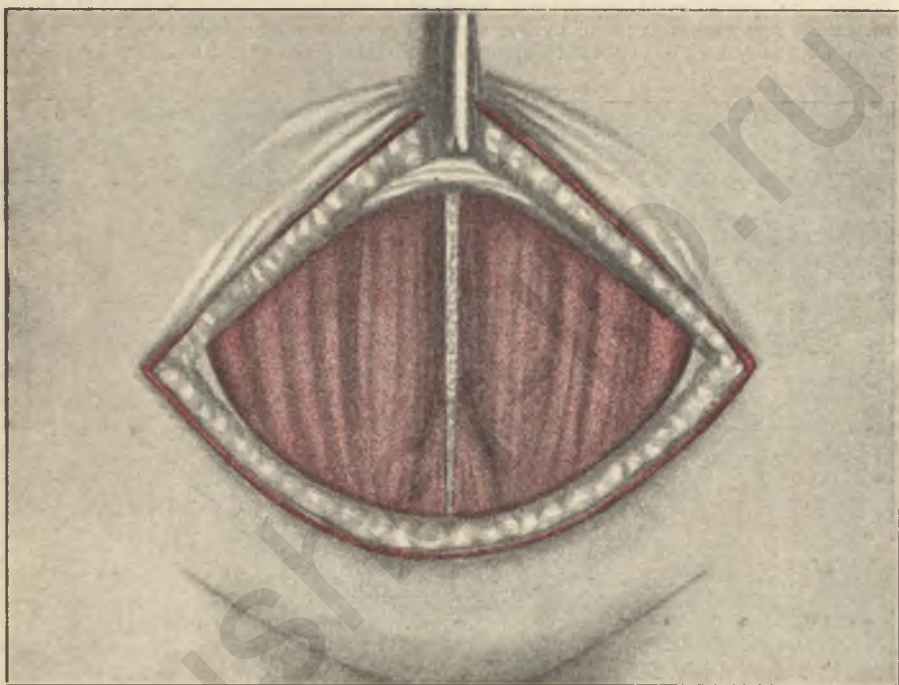


Рис. 336. Надлобковый крестообразный разрѣзъ по Pfaппenstiel'ю. Поперечный разрѣзъ проникаетъ не только черезъ кожу съ подкожной клѣтчаткой, но и черезъ фасцію. Верхняя губа разрѣза захватывается щипцами, и фасція тупо отдѣляется отъ мышцъ при помощи компресса. Обѣ прямыхъ мышцы, а внизу и оба *mm. pyramidales*, открываются спереди на большомъ протяженіи. Послѣ того проводится продольный разрѣзъ между мышцами, и такимъ образомъ вскрывается брюшная полость. (Veit, Handb. d. Gyn., II Aufl., Küstner, Lageveränderungen).

Послѣ этого фасція по всей длинѣ разрѣза отдѣляется до *linea alba*, и остатокъ брюшной стѣнки разрѣзывается точно между *mm. recti*. Этотъ разрѣзъ, естественно, можно продолжать выше пупка. Такъ какъ при немъ брюшная рана не совпадаетъ съ фасціальною, то Fraпz думаетъ при помощи этой модификаціи избѣгнуть развитія грыжъ.

1) Авторъ нѣсколько пристрастно ставитъ свой способъ наравнѣ съ Pfaппenstiel'евскимъ. Между тѣмъ какъ первый представляетъ нѣкоторыя преимущества лишь въ косметическомъ отношеніи, второй, помимо этихъ преимуществъ, представляетъ еще рядъ выгодныхъ сторонъ: при немъ надежно предупреждаются грыжи, меньше опасность общей инфекціи брюшной полости, меньше травма и охлажденіе кишекъ и пр. Словомъ, лапаротомія по Pfaппenstiel'ю счастливымъ образомъ сочетаетъ въ себѣ преимущества кольпотоміи съ выгодными сторонами лапаротоміи. Оттого именно способъ Pfaппenstiel'я и получилъ широкое распространеніе въ гинекологической практикѣ. В. Г.

Кромѣ тѣхъ случаевъ, гдѣ дѣло идетъ о большихъ, легко и безъ хлопотъ доступныхъ выведенію наружу опухоляхъ, для оперирования въ полости живота приходится, по вскрытіи брюшныхъ покрововъ, раскрывать рану тупыми крючками (брюшныя крючки, брюшныя зеркала); тогда только получается возможность видѣть поле операціи и оперировать удобно. Значительныя преимущества представляютъ самодержающіяся брюшныя зеркала, предложенныя Доуен'омъ и др. Весьма цѣлесообразный аппаратъ подобнаго рода конструированъ моимъ ассистентомъ, докторомъ Schuber't'омъ. Я пользуюсь исключительно этимъ аппаратомъ (см. рис. 339).

Когда поле операціи лежитъ глубоко въ тазу, его нельзя сдѣлать вполне доступнымъ при помощи даже и большого разрѣза. Лежанія надъ и впереди его кишки закрываютъ отъ взгляда многое. Въ такихъ случаяхъ прежде иногда находили необходимымъ извлекать тонкія кишки изъ живота наружу и покрывать ихъ нагрѣтыми, влажными, обезпложенными полотенцами. Способъ этотъ не лишенъ опасностей: громадная площадь, представляемая кишками, при этомъ черезъ - чуръ представляется какъ охлажденію, такъ и воздѣйствію могущихъ оказаться вблизи болѣзнетворныхъ зародышей.

Съ абсолютною надежностью смѣщаются кишки прочь изъ области операціоннаго поля приподнятіемъ таза по Trendelenburg'у. Этотъ приемъ приобрѣлъ величайшее значеніе въ гинекологической брюшной хирургіи. Такъ какъ всѣ брюшныя гинекологическія операціи производятся главнымъ образомъ въ тазу или in hypogastrio, т. е. для всѣхъ ихъ является цѣлесообразнымъ смѣщеніе кишекъ вверхъ, то большинство операторовъ, въ томъ числѣ и я, примѣняютъ для гинекологическаго чревосѣченія почти исключительно положеніе съ приподнятымъ тазомъ. Приподнятіе это достигаетъ 40—50° надъ плоскостью горизонта. Весьма цѣлесообразно, если уголъ наклона можно мѣнять во время операціи, увеличивая, а при надобности — для наложенія швовъ — и уменьшая его до 0°. Возможность такого рода представляютъ многочисленные новѣйшіе гинекологическіе столы для операціи. Большинство изъ нихъ, при помощи легкоприспособляемыхъ ного-



Рис. 337. Рубецъ послѣ надлобкового крестовиднаго разрѣза по Küstner'у. Онъ лежитъ въ волосистой части и дѣлается незамѣтенъ, когда волосы отроснутъ. Больная — дѣвица, у которой была удалена объемистая опухоль яичника въ 1898—1899 у. г.

держателей, съ удобствомъ превращаются въ столы для изслѣдованія, а также для операций во влагалищѣ, на вульвѣ и пузырьѣ. Наилучшій изъ нихъ, по моимъ наблюденіямъ, есть Sta's'овскій, который я модифицировалъ для себя. Весьма хороши также столы Stelzner'a и Braatz'a. Гораздо болѣе сложны, но также очень хороши столы Doyen'a, Just'a, Madsen'a и Menge.

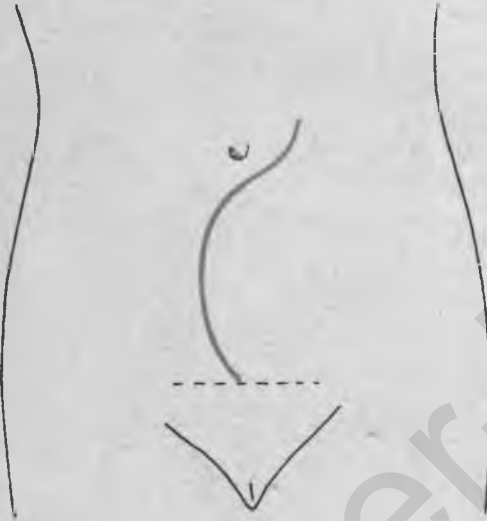


Рис. 338. Разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ по Pfanz'u. Верхній край симфиза обозначенъ пунктиромъ. Красною линіей обозначенъ разрѣзъ, который обходитъ пупокъ слѣва.

Я нисколько не могъ найти, чтобы какія-либо преимущества въ смыслѣ доступности къ лежащимъ въ глубинѣ таза органамъ представлялъ принятый нѣкоторыми операторами (A. Martin, Zweifel) способъ, при которомъ операторъ сидитъ между ногами больной, положенной задницею на краю короткаго стола, а помощникъ — съ лѣвой стороны ея. Впрочемъ въ настоящее время способъ этотъ находитъ лишь небольшое число приверженцевъ.

Остановка кровотеченій при гинекологическихъ операцияхъ производится по обычнымъ способамъ: мелкіе сосуды перестаютъ кровоточить уже во время операціи, болѣе крупныя же захватываются артеріальными зажимами и затѣмъ перевязываются. Чѣмъ больше перевязывается сосудовъ, тѣмъ суше бываетъ опера-

ціонное поле, элегантнѣе операція, и глаже протекаетъ послѣопераціонный періодъ.

Нѣкоторыя части женскаго полового прибора, какъ широкія связки, параметрій и мезометрій, въ высшей степени пригодны для перевязыванія *en masse*, — крѣпкою лигатурою перетягивается сразу нѣсколько сосудовъ вмѣстѣ съ окружающею тканью. Doyen и Tuffier первые напали на счастливую мысль обходить, особенно для такихъ неширокихъ тканевыхъ отрѣзковъ, вовсе безъ лигатуръ и замыкать даже крупныя сосуды исключительно сдавливаніемъ, правда весьма сильнымъ, но длящимся всего нѣсколько минутъ (ангиотрипсія). Необходимые для этого зажимы устроены такъ, что они, при помощи особой передачи, развиваютъ крайне большую давящую силу; поэтому они весьма массивны и толсты. Опытъ показалъ впрочемъ, что способъ этотъ недостаточно надеженъ. Осторожность требуетъ, чтобы и сдавленные связки все же потомъ перевязывались. Во всякомъ случаѣ, этимъ способомъ ткань весьма хорошо подготавливается для массовыхъ перевязокъ.

Для массовыхъ лигатуръ, захватывающихъ много ткани, притомъ плотной, я примѣняю не катгутъ, а пеньку, именно, абсолютно стерильную кумоловую пеньку (Sticher). При этомъ я долженъ замѣтить, что массовыхъ лигатуръ, гдѣ возможно, я избѣгаю, замѣняя ихъ изолированной перевязкой сосудовъ. Такимъ именно обра-

зомъ я перевязываю ножку яичниковыхъ опухолей, а также связки послѣ удаленія придатковъ, восстанавливая затѣмъ цѣлость брюшины.



Рис. 339. Самодержашееся брюшное зеркало Schubert'a. Этимъ зеркаломъ брюшная рана широко раскрыта, и чрезъ нее видны пузырь, прямая кишка, матка, ея связки и придатки.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ нельзя избѣжать примѣненія прижиганій. Маленькія, точечныя кровотеченія, не подлежащія перевязкѣ, быстро прекращаются послѣ прижиганія; этимъ же путемъ хорошо раздѣлять, безъ потери крови, брюшныя сросшенія. Что струпа отъ прижиганія могутъ служить почвой для развитія бактерий, — это доказано Franz'em и Frohme; однако этого обычно не бывается, если при операциі приняты всѣ предосторожности противъ инфекции. При



Рис. 340. Брюшной крючекъ Fritsch'a, для разведенія краевъ брюшной раны.

этомъ струпъ отъ прижиганія является стерильнымъ и не только не приноситъ никакого вреда, но и приноситъ пользу, ибо покрываетъ ранку до тѣхъ поръ, пока ея поверхность не закроется брюшиной.

Наиболѣе употребительнымъ прижигателемъ является приборъ Raquelin'a съ наконечниками разной формы. Приборъ этотъ является стерильнымъ лишь въ своемъ накаливаемомъ концѣ, остальныя же части его — по меньшей мѣрѣ подозрительны. Поэтому аппаратомъ Raquelin'a надо дотрагиваться лишь до подлежащихъ прижиганію тканей, притомъ дотрагиваться лишь накаливающимся



концомъ. Поэтому же не слѣдуетъ брать рукоятки аппарата прямо рукою, а лучше пользоваться придуманнымъ мною приборомъ (рис. 260). Раquelin'овскій прижигатель кладется при этомъ на особый станокъ, окончивающійся двойною изогнутою вилкою, а захватывается стерильными щипцами. По окончаніи употребленія прижигатель опять кладутъ на станокъ, а щипцы, остающіеся стерильными, вѣшаютъ на него — до новаго употребленія. Въ такомъ видѣ прижигатель Раquelin'a является весьма пригоднымъ, не причиняющимъ инфекции инструментомъ.



Рис. 341. Гинекологическій операціонный столъ по Вгаatz'u, очень пригодный для поднятія таза.

Принципіально важнымъ является вопросъ, надо-ли, въ какихъ случаяхъ и какъ дренировать раны послѣ чрево-сѣченія.

Всѣ согласны, что въ обыкновенныхъ случаяхъ, въ которыхъ операція производится сухо, дренажъ излишенъ, и его надо избѣгать изъ-за лишняго хлопотъ, изъ-за помѣхи заживленію. Но иногда онъ является необходимымъ; въ иныхъ случаяхъ отъ того, введенъ, или нѣтъ, дренажъ, зависитъ исходъ операціи въ выздоровленіе или въ смерть.

Chasseignac'овское изобрѣтеніе дренажа для ранъ и раненныхъ полостей тѣла составило одну изъ величайшихъ эпохъ въ хирургіи. Въ то время, когда



Рис. 342 Приподнятіе таза на операціонномъ столѣ Stas'a, улучшенномъ Кѣstner'омъ. Уголъ наклона стола и головной доски легко можетъ быть измѣняемъ, при помощи видимыхъ на рисункѣ колесецъ, сидящимъ у головного конца хлороформирующимъ. Срединна стола вынимается для наложенія круговыхъ повязокъ.

не стремились защищать раны отъ опасныхъ для нихъ зародышей, ибо послѣдніе еще не были извѣстны, всѣ раны, даже операціонныя, обнаруживали наклонность

къ нагноенію. И то отдѣлимое ихъ, которое появлялось независимо отъ дѣйствія зародышей, — просочившаяся кровь и лимфоидная жидкость, — не могло остаться свободнымъ отъ этихъ послѣднихъ: оно служило питательною средою для занесенныхъ при операциіи микробовъ. Было огромнымъ шагомъ впередъ, что явилась возможность отводить раневые секреты, чтобы они не оставались въ организмѣ и не вели къ дальнѣйшему размноженію заразныхъ зародышей, разстройствамъ въ заживленіи ранъ и зараженію всего организма. Между гениальнымъ изобрѣтеніемъ Chasseignac'a и настоящимъ временемъ лежитъ величайшій шагъ впередъ, какой только сдѣлала до сихъ поръ медицина, — открытіе расщепляющихся грибковъ, ихъ значенія для ранъ и изобрѣтеніе способовъ по возможности охранять операционныя раны отъ ихъ присутствія и воздѣйствія.

Дренажъ въ смыслѣ Chasseignac'овскаго теперь уже не является необходимымъ, поскольку мы уже не должны всегда и непремѣнно считаться съ нагноеніемъ раны. Но вполне защитить себя отъ зародышей при нашихъ операцияхъ мы и теперь еще не можемъ, — мы оперируемъ еще не абсолютно стерильно, а только съ малымъ числомъ зародышей.

По этому пункту я сошлюсь на изложенное въ предшествующей главѣ. Здѣсь же скажу лишь самое необходимое о technikѣ дренажа брюшной полости, поскольку таковой можетъ понадобиться.

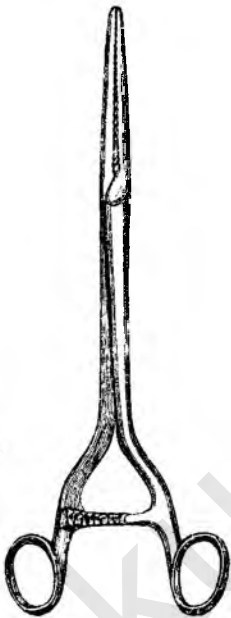


Рис. 343.



Рис. 344.



Рис. 345.

Рис. 343. Зажимъ Péan-Richelot для широкихъ связокъ (при влагалищномъ вылученіи матки),  $\frac{1}{3}$  натур. вел.

Рис. 344. Маленькій колѣчатый зажимъ Zwielfel'я для ангиотрипсіи (остановка крови сильнымъ сдавливаніемъ),  $\frac{1}{3}$  натур. вел.

Рис. 345. Большой колѣчатый зажимъ Zwielfel'я для ангиотрипсіи,  $\frac{1}{3}$  натур. величины.

Между тѣмъ какъ прежде для дренированія примѣнялись трубки изъ каучука, стекла (Hegar, Sängner, Küstner) и другихъ матеріаловъ, теперь для этой цѣли употребляется преимущественно барилъ, виоформная, итроловая или обезпложенная. Въ частности для гинекологическихъ чрвоsvѣченій наиболее пригоденъ способъ, предложенный Mikulicz'emъ, который я единственно и употребляю риръвоей практикѣ. Берутъ кусокъ виоформной марли съ носовой вино.

платокъ величиною, привязываютъ въ центрѣ его длинную нить изъ кумоловой пеньки, захватываютъ это мѣсто кривымъ корнцангомъ и вставляютъ этотъ мѣшокъ черезъ брюшную рану вплоть до дна Douglas'ова пространства, послѣ чего выполняютъ его — смотря по нуждѣ, рыхло или плотно — полосю той же марли и выводятъ верхній, свободный конецъ послѣдней, а вмѣстѣ съ нимъ и открытую часть мѣшка, чрезъ оставленный открытымъ нижній уголь брюшной раны; поверхъ кладется повязка.

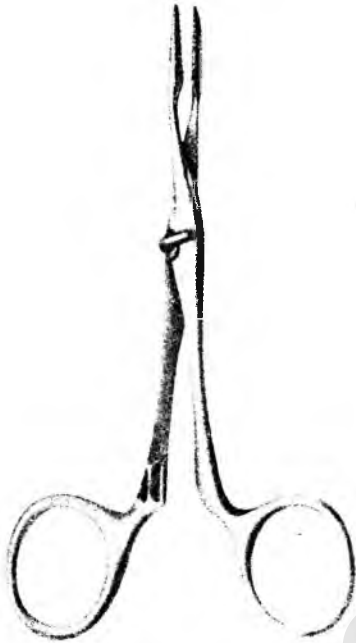


Рис. 346.



Рис. 347.

Рис. 346. Артеріальный зажимъ по Кёберле.  
Рис. 347. Толстая стеклянная трубка для брюшнаго дренажа по Кюстнеру. Эти трубки приготовляются восьми различныхъ величинъ.

Эта форма дренажа можетъ служить различнымъ цѣлямъ. Во-первыхъ, она можетъ сдавливать ткани и потому дѣйствовать кровоостанавливающимъ образомъ, какъ тампонъ; съ другой стороны, она всасываетъ раневые секреты; наконецъ, марля фиксируетъ тѣ внутренности (кишки, сальникъ), съ которыми приходится съ сопри-



Рис. 348. Игла Déchamps'a для проведенія нитей черезъ ткань (широкія связки) при массовой перевязкѣ.

косновеніе, возбуждаетъ въ окружности живое реактивное воспаленіе и склеиваніе окружающихъ кишекъ и брюшныхъ органовъ и ведетъ такимъ образомъ къ быстрому отгороженію занятой ею плоскости отъ остальныхъ частей живота. Этимъ марлевый дренажъ существенно отличается отъ трубчатыхъ дренажей, дѣйствіе которыхъ совсѣмъ иное.

Въ видахъ достиженія первой изъ указанныхъ цѣлей дренажъ — въ этихъ случаяхъ лучше называть его тампонадою — необходимъ тогда, когда послѣ операціи не удалось ни обкальванияемъ, ни отщемлениемъ, ни перевязкою совершенно остановить кровотеченіе. При этихъ случаяхъ я ввожу тампонъ Mikulicz'a обыкновенно лишь на сутки, затѣмъ удаляю его и закрываю рану окончательно.

Я долженъ отмѣтить, что этотъ способъ остановки кровотеченій можетъ быть примѣняемъ лишь по нуждѣ. Въ принципѣ необходимо стараться, чтобъ всякое, даже самое незначительное, кровотеченіе было остановлено перевязкою или швомъ; нѣтъ нужды, если отъ этого операція затянется на нѣсколько минутъ. Ничто съ такою надежностью не гарантируетъ гладкаго теченія ранъ, какъ хорошее закрытіе ихъ швами при условіи оперированія абсолютно сухого. Въ особенности это относится къ ранамъ въ полости брюшины.

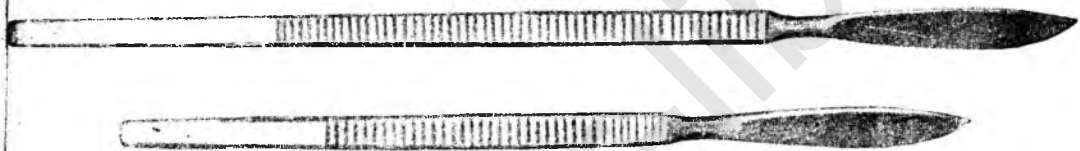


Рис. 349 Скальпели съ карандашною ручкою, по Küstnerу.

Гораздо затруднительнѣе формулировать показанія къ дренажу для тѣхъ случаевъ, въ которыхъ при помощи его хотятъ охранить отъ заразы остальную полость живота, уединить эту заразу въ непосредственной окружности тампона. Мы знаемъ, что брюшина обладаетъ въ высокой степени способностью уничтожать занесенные въ нее зародыши, обезвреживая ихъ. Это неизмѣнно происходитъ съ зародышами небольшой вирулентности, особенно если они не находятъ благоприятныхъ условій для своего размноженія, т.-е. обильнаго раневого отдѣлимаго, крови, — напр., съ тѣми, которые случайно заносятся на операціонное поле изъ опухолей придатковъ. Въ другихъ случаяхъ, при тѣхъ, которые иногда сопутствуютъ ракамъ шейки, этого не бываетъ. Нужна большая опытность и точное бактериологическое изслѣдованіе вытекающаго при операціи гноя, чтобы рѣшить, умѣстна-ли длительная изоляція операціоннаго поля при помощи тампонады по Mikulicz'у, или же можно обойтись и безъ нея, положившись на бактерицидную силу брюшины.

Но даже и обширный опытъ многихъ операторовъ, изъ которыхъ одинъ, — къ шитъ принадлежу и я, — въ извѣстныхъ случаяхъ примѣняютъ дренажъ, другіе же принципиально не допускаютъ его ни въ какомъ случаѣ, — не могъ еще выяснитъ вполне этого труднаго вопроса.

Занесенія микробовъ съ рукъ и брюшныхъ покрововъ мы, оперируя въ перчаткахъ и покрывая брюшныя стѣнки стерильнымъ резиновымъ полотномъ или гауданиномъ, можемъ въ настоящее время

не бояться. Зародыши, которыхъ намъ слѣдуетъ опасаться теперь, — это исключительно тѣ, которые при операціи попадаютъ въ брюшину изъ разорванныхъ трубныхъ мѣшковъ, вскрытыхъ гнойниковъ и перфорированныхъ кишекъ, и которые, при большомъ количествѣ излившейся жидкости, содержащей ихъ, могутъ буквально наводнять брюшную полость.

Чтобы въ подобныхъ случаяхъ немедленно же ориентироваться относительно качества вытекшаго при операціи гноя, — количества, вида и др. особенностей содержащихся въ немъ зародышей, я въ прѣжнее время иногда, за послѣдніе же 13 лѣтъ — всегда, согласно совѣту Schauta, еще во время самой операціи заставляю производить надлежащее микроскопическое изслѣдованіе. Кромѣ бактерій, при этомъ послѣднемъ надо обращать вниманіе и на остальные форменные элементы гноя, — на лейкоцитовъ, а именно, много ихъ или мало, выглядятъ они свѣжими или старыми, или, можетъ быть, ихъ вовсе нѣтъ, а вмѣсто нихъ гной содержитъ лишь распадъ.



Рис. 350. Черпалка для вычерпыванія жидкости изъ живота по Küstnerу  
1/2 nat. вел.

Такое изслѣдованіе вполне выясняетъ положеніе вещей. Если гной не содержитъ бактерій и только распадъ, — значитъ, онъ старъ, стерилень и, по своей безвредности, не заслуживаетъ никакого вниманія. Если, напротивъ, въ гной содержатся микробы, то надо строго принимать въ расчетъ ихъ качество, число и особенности встречающихся вмѣстѣ съ ними лейкоцитовъ.

Трубный гной зачастую содержитъ лишь гонококковъ, причѣмъ они могутъ попадаться лишь въ небольшомъ числѣ. И въ этихъ случаяхъ гной можетъ быть разсматриваемъ, какъ безвредный для брюшины.

Иначе обстоитъ дѣло, если въ гной найдены стафилококки, диплококки, стрептококки и кишечныя палочки. Если, правда, ихъ число невелико, лейкоцитовъ не попадаетъ вовсе или попадаетъ очень мало, а вмѣсто нихъ только глыбки тканей и распадъ, то и этотъ гной навѣрное безвреденъ. Если же число названныхъ микробовъ велико, лейкоциты свѣжи и попадаютъ въ большое количество, то я боюсь такого гноя. Въ подобныхъ случаяхъ я не закрываю брюшной полости наглухо, а дренирую ее по Mikulicz'у. Мы должны принять во вниманіе, что при помощи микроскопа нельзя судить о вирулентности микробовъ, что самая-то эта вирулентность не есть ничто абсолютное, но зависящее отъ способности организма оперируемой къ сопротивленію. Ради этой-то неизвѣстности я и примѣняю марлевый дренажъ, какъ предохранительный клапанъ.

Далѣ, цѣлесообразно иногда изолировать поле операціи при помощи тампонады въ томъ случаѣ, если операція эта сопровождалась прониканіями раненіями полостныхъ органовъ, — кишекъ, пузыря, мочеточника. Если эти раны имѣютъ неровные, рваные края, если послѣдніе инфицированы и пронизаны микробами, какъ то бываетъ въ большинствѣ случаевъ, гдѣ часть кишки ранѣе сообщалась съ пюсалпинксомъ, то даже на самый аккуратный шовъ все же нельзя съ полною увѣренностью положиться. Между тѣмъ послѣдовательный прорывъ съ поступленіемъ кала или мочи въ незащищенную брюшную полость почти равнозначущъ смертельному исходу. Поэтому здѣсь лучше прибѣгать къ тампонадіи, ибо такимъ путемъ получается прочное сращеніе и образуется каналъ, черезъ который можетъ потомъ совершиться безопасный прорывъ кишечнаго содержимаго и мочи наружу. Впрочемъ, если рану удалось зашить надежно, и швы наложены въ здоровой ткани, то и здѣсь дренажъ является излишнимъ и можетъ быть не примѣняемъ. Въ такомъ случаѣ брюшную полость закрываютъ наглухо.



Рис. 351. Остроконечныя ножницы для операцій въ глубинѣ,  $\frac{2}{3}$  nat. вел.

Если чревосѣченіе было произведено изъ-за гнилостнаго перитонита, то само собою разумѣется, что рану не закрываютъ, а держать полость брюшины открытою при помощи дренажныхъ трубокъ или марлеваго дренажа. Въ случаѣ нужды, къ срединному разрѣзу прибавляются еще боковые, обходиться съ которыми слѣдуетъ точно такъ же.

Принципіальное отрицаніе всякаго дренажа брюшной полости является, несомнѣнно, по существу невѣрнымъ. Равнымъ образомъ невѣренъ и взглядъ, что дренажъ зачастую обуславливаетъ вторичное зараженіе. При Mikulicz'евскомъ дренажѣ, лежащемъ подъ хорошо наложенной повязкой, этого не бываетъ, если только повязка нложена, а дренажъ введенъ технически правильно.

Лучше примѣнять тампонаду брюшной полости черезчуръ часто, чѣмъ черезчуръ рѣдко. По истеченіи 8 дней повязка снимается<sup>1)</sup>, и тампонъ удаляется. Такъ какъ за это время въ окружности всего мѣшка развиваются уже грануляціи, то мѣшокъ держится довольно крѣпко, и насильственное удаленіе его вызываетъ болѣзненность и кровотеченіе. Чтобы избѣжать этого, сначала увлажняютъ тампонъ, пропитывая его растворомъ перекиси водорода, затѣмъ вытягиваютъ сначала марлевою полосою<sup>2)</sup>, потомъ и оболочку.

1) Такъ какъ непосредственно прилегающіе къ дренажу слои повязки очень быстро пропитываются раневымъ секретомъ, то, разумѣется, ихъ надо смѣнять раньше, — начиная съ перваго же дня послѣ операціи. В. Г.

2) Если полоса была вставлена слишкомъ туго, то ее частично можно начать вытягивать раньше — съ 5-го или 6-го дня. В. Г.

Теперь возникает задача, чтобы дренированная, осумкованная полость поскорѣ затянулась. Осуществленію этой задачи много помогаетъ примѣненіе лейкоферментина E. Müller'a. Сыворотка эти произвела настояшій переворотъ въ открытомъ леченіи ранъ. Въ основѣ этого средства лежать слѣдующія биологическія данныя.

При каждомъ, сопровождающимся нагноеніемъ, воспаленіи полинуклеары наводняютъ воспаленную область и приносятъ съ собою протеолитическій ферментъ, который разрушаетъ тканевую бѣлокъ и обуславливаетъ сплавливаніе тканей. Транссудаты серозныхъ оболочекъ содержатъ противотѣла противъ этого фермента.

Лейкоферментинъ представляетъ собою лошадиную сыворотку, обладающую такимъ же свойствомъ, т. е. которая, будучи нанесена на гноящіяся раны, поддерживаетъ организмъ въ его защитительной реакціи противъ чрезмѣрнаго дѣйствія лейкоцитовъ.

Гноящаяся полость обильно смачивается этимъ средствомъ, или въ нее вводится тампонъ, пропитанный имъ. Послѣ этого гнойная секретія обычно очень скоро прекращается, рана начинаетъ энергично гранулировать, и заживленіе ея быстро подвигается впередъ. Въ моей клиникѣ, по крайней мѣрѣ, способъ этотъ далъ по истинѣ блестящіе результаты. При примѣненіи лейкоферментина объемистая полость пролѣ Mikulicz'евского дренажа затягивается иногда уже въ 8—10 дней.



Рис. 352. Очень большая грыжа живота въ рубцѣ послѣ чревостѣченія. Больная въ 1892 г. была кастрирована въ Breslau'ской женской клиникѣ. Спустя годъ послѣ операціи въ рубцѣ начала образоваться грыжа. Въ 1896 г. 8/VI послѣдняя успѣшно оперирована.

Когда тампонада произведена для остановки кровотечения, то я, какъ уже сказано выше, обыкновенно удаляю тампонъ чрезъ сутки и закрываю рану. Во всѣхъ другихъ случаяхъ тампонъ оставляютъ на мѣстѣ 6—8 дней, затѣмъ, при смѣнахъ повязки, постепенно за-

мѣняютъ его менѣе объемистыми тампонами или просто марлевою полоскою и т. д., пока каналъ не закроется вторично, путемъ грануляцій. Окончательно зашивать животъ, разъ тампонъ пролежалъ больше сутокъ, я не рекомендую и считаю это неправильнымъ.

Для тѣхъ случаевъ, когда въ тазу произведены обширныя полостныя раны, которыя еще продолжаютъ болѣе или менѣе сильно отдѣлять, — т. е. по вылуценіи объемистыхъ внутрисвязочныхъ опухолей, — иногда оказывается пригоднымъ дренажъ со стороны влагалища. Введя его, зашиваютъ брюшину со стороны брюшной полости надъ полою ранюю и надъ проведенною отсюда во влагалище полоскою марли<sup>1)</sup>.

1) Очень нерѣдко при лапаротоміяхъ, длившихся болѣе продолжительное время и сопровождавшихся значительною травмой, я произвожу, предъ закрытіемъ

Относительно применения дренажа имеет силу следующее правило: чем больше опыт оператора, чем совершеннее его техника, особенно техника закрытия ран швами, чем надежнее гемостаз и чем тщательнее проведены правила асептики, тем реже бывает нужда в дренаже. Это относится, однако, лишь к тем операциям, которые могут быть проведены вполне асептически. Там же, где операционное поле не может быть защищено от вирусных зародышей, напр. при абдоминальной операции рака матки, — там дренаж доставляет надежную защиту.

Прежде, чем оператор приступит к зашиванию брюшной раны, он должен, очистив брюшную полость от крови и других жидкостей (туалет брюшины), убедиться, что в ней не осталось тампона или каких-нибудь инструментов.

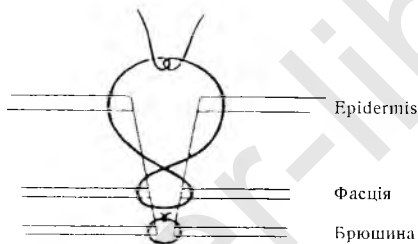


Рис. 353. Цѣлесообразный шовъ для лапаротоміи. Брюшина зашивается непрерывнымъ кѣтутковымъ швомъ, остальные слои брюшной стѣнки — 8-образными узловатыми швами изъ проволоки, причемъ нижняя, маленькая петля восьмерки захватываетъ лишь фасцію, большая же — кожу и подкожную клетчатку.

товъ. Подобные промахи иногда случаются. Neugebauer собралъ целый рядъ подобныхъ случаевъ изъ литературы и частныхъ сообщеній. При этомъ, если за-

решной раны, систематическое промываніе брюшной полости теплымъ (37°) стерильнымъ солевымъ растворомъ, содержащимъ тѣ минеральныя вещества, какія содержатся въ плазмѣ человѣческой крови, и въ тѣхъ пропорціяхъ, какія имѣютъ мѣсто въ послѣдней. Растворъ вливается въ брюшную полость нѣсколько разъ, причемъ первая порція его вычерпываются, послѣдняя же остается въ брюшинѣ. Результаты этого метода можно, при умѣломъ его примѣненіи, безъ преувеличенія назвать превосходными, что можетъ быть объяснено цѣлымъ рядомъ причинъ: во-первыхъ, указаннымъ путемъ мы механически удаляемъ изъ брюшной полости попавшихъ туда во время операціи (извне или изъ инфицированныхъ органовъ больной) микробовъ; во-вторыхъ, весьма вѣроятно, что влитый въ брюшину растворъ, всасываясь, производитъ оживляющее дѣйствіе на сердце, — такъ же, какъ это имѣетъ мѣсто въ извѣстныхъ опытахъ Лоскѣа и Куляко; въ-третьихъ, этимъ путемъ мы надежно освобождаемъ брюшную полость отъ крови и др. веществъ, которыя могутъ служить отличной питательной средой для микробовъ; наконецъ, выдѣляясь черезъ почки, растворъ несомнѣнно удаляетъ изъ организма оперированной значительное количество токсиновъ. Лишь въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ при чревосѣченіи въ полость брюшины попали инфицирующія вещества завѣдомо высокой вирулентности (напр., свѣжій гной изъ пиосальпинксовъ и т. п.), причемъ загрязненіе этими веществами ограничилось какимъ-либо однимъ отдѣломъ брюшной полости (обычно полостью малаго таза), выгодно не примѣнять этихъ промываній, чтобы не инфицировать всей брюшины. Въ подобныхъ случаяхъ я предпочитаю оперировать по „сухому“ способу, вставляя въ загрязненный отдѣлъ брюшины Mikulicz'евскій дренажъ. В. Г.



бытымъ оказывался какой-либо инструментъ, — въ большинствѣ случаевъ это бывають артеріальныя пинцеты<sup>1)</sup>, — то обычно онъ, по истеченіи нѣсколькихъ недѣль, показывался въ нагноившемся участкѣ брюшнаго рубца, былъ удаляемъ, и



Рис. 354.



Рис. 355.

Рис. 354. Негаровскій иглодержатель (наиболѣе употребительный),  $\frac{2}{3}$  нат. вел.  
Рис. 355. Иглодержатель по Негедорну,  $\frac{2}{3}$  нат. вел.

больныя выздоравливали. Хуже протекають случаи, гдѣ въ брюшной полости оказываются з бытыми губки и компрессы. Въ такихъ случаяхъ нерѣдко наблюдалась смерть отъ перитонита, и это вполне естественно: указанные предметы удерживають микробовъ лучше, чѣмъ гладкіе инструменты. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ забытые куски марли перфорировали кишки, пузырь или Douglas'овъ карманъ и либо сами выходили при испражненіи, либо были извлекаемы изъ пузыря или рукава.

1) Мнѣ пришлось, въ одномъ случаѣ, удалить изъ брюшной полости забытый здѣсь при оваріотоміи жомъ Терригъ въ 22 сант. длиной. Инструментъ этотъ находился въ брюшной полости втеченіи 7 лѣтъ. В. Г.

Чтобы избѣжать подобныхъ случаевъ, нѣкоторые операторы употребляютъ, для введенія въ брюшную полость, исключительно компрессы, снабженные нитками, причѣмъ на концѣ нитки бывають привѣшены шарики или пинцеты. Употребляемые мною компрессы всегда сосчитываются до операци и передъ закрытіемъ брюшной раны, причѣмъ компрессы никогда не разрѣзываются при операци на части. Это въ значительной степени гарантируетъ отъ забыванія ихъ въ брюшной полости<sup>1)</sup>.

Зашиваніе брюшной раны производилось прежде въ большинствѣ случаевъ массовыми швами. Это нецѣлесообразно, — для хорошаго заживленія и особенно во избѣжаніе грыжъ безусловно необходимо сшивать брюшную стѣнку послойно. По крайней мѣрѣ брюшина, поверхностная фасція и кожа должны быть зашиты порознь. Хорошимъ швомъ на фасцію и предупреждается образованіе грыжъ.

Швы накладываются различно; можно шить непрерывно, и притомъ или обыкновеннымъ способомъ (но тогда края раны прилегаютъ одинъ къ другому не очень хорошо), или, какъ дѣлаетъ Zweifel, — подражая швейной машинѣ. При послѣднемъ швѣ края раны прилежатъ одинъ къ другому превосходно, но годится этотъ шовъ только для брюшины.

Я пользуюсь, ради большей точности, почти исключительно узловатыми швами.

Для глубокихъ слоевъ, въ которые погружаютъ швы, слѣдуетъ примѣнять матеріалъ легко рассасывающійся, т. е. асептический кѣтгутъ<sup>2)</sup>, лучше всего кумоловый (Kroenig). Формалиновой кѣтгутъ, кѣтгутъ Kager'skago и іодъ-кѣтгутъ хороши далеко не такъ, какъ первый. Для швовъ, которые завязываются на кождѣ, многіе операторы тоже примѣняютъ кѣтгутъ, я же рекомендую употреблять бронзовую проволоку или silkworm. Эти матеріалы особенно пригодны для такихъ швовъ потому, что вслѣдствіе своей гладкости наилучше осегаются чистыми отъ зародышей и потому всего меньше даютъ поводъ къ нагноенію около нитей. Такіе швы можно оставлять на недѣли безъ того, чтобы наступило нагноеніе въ уколахъ.

Шелкъ для поверхностныхъ швовъ не рекомендуется.

За послѣдніе болѣе 9 лѣтъ я примѣняю при лапаротоміяхъ исключительно слѣдующій способъ зашиванія брюшной раны:

Брюшина зашивается отдѣльно непрерывнымъ кѣтгутовымъ швомъ. Фасцію и кожу съ подкожной кѣтчаткой я шью проволокой такимъ образомъ, что каждый отдѣльный шовъ описываетъ восьмерку, причѣмъ меньшее кольцо послѣдней захватываетъ лишь фасцію, болѣе же — подкожную кѣтчатку, кожу и надкожицу (см. рис. 333). Способъ этотъ имѣетъ то большое преимущество, что при немъ фасція до самаго снятія швовъ остается прочно соединенною. Оттого этотъ трехъ-этажный шовъ надежно гарантируетъ отъ грыжъ брюшной раны: число ихъ при немъ не превышаетъ 6%. Если фасцію зашить отдѣльно погружными кѣтгутовыми швами, то отдѣльные

1) Надежнымъ средствомъ противъ подобныхъ случайностей являются примѣняемая мною при лапаротоміяхъ промыванія брюшной полости. В. Г.

2) Кромѣ кѣтгута, который, повторяю, лучше всего стерилизовать сухимъ жаромъ, отличнымъ матеріаломъ для погружныхъ швовъ являются оленьи сухожилия, обработанныя по Снегиреву. В. Г.

швы, особенно при рвотѣ или кашлѣ, могутъ ослабѣть, или кѣтгутъ можетъ расосаться прежде, чѣмъ разрѣзъ фасціи заживетъ достаточно прочно.

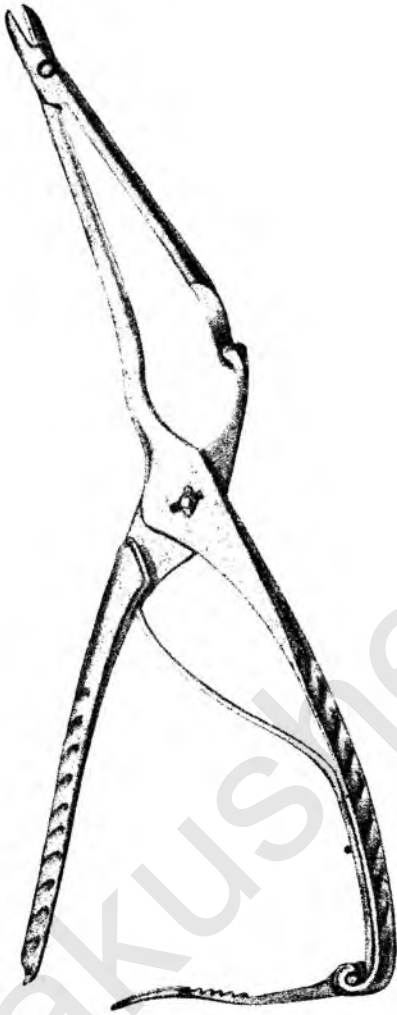


Рис. 356. Иглодержатель по Kaderу, наилучшій для наложенія швовъ въ глубинѣ, <sup>2</sup>/<sub>3</sub> нат. велич.

Если въ рубцѣ послѣ чревосѣченія образовалась грыжа, то стѣнки грыжевого мѣшка обычно состоятъ лишь изъ брюшины и кожи съ большимъ или меньшимъ количествомъ жировой ткани.

Оперировать эти грыжи надо слѣдующимъ образомъ: черезъ грыжевой мѣшокъ проводить продольный разрѣзъ и вскрываютъ полость брюшины, резецируютъ излишекъ стѣнокъ и отпрепаровываютъ брюшину отъ кожи, пока по всей окружности грыжевого отверстия не будетъ видна фасція на ширину по крайней мѣрѣ 1 сант. Послѣ того тщательно зашиваютъ брюшину, резецировавъ ее, если надо, непрерывнымъ кѣтгутомъ, и соединяютъ края фасціи восьми-образными швами <sup>1</sup>), которые захватываютъ одновременно кожу и завязываются на поверхности ея (см. рис. 353).

Повязку на брюшную рану можно сдѣлать очень просто. Прежде я клалъ на рану слой асентической ваты и смазывалъ его фотокселиномъ. Это давало непроницаемую повязку, которая держалась иногда нѣсколько недѣль. Поверхъ клался толстый слой ваты, затѣмъ широкій бинтъ изъ бумазеи или фланели.

Теперь я предпочитаю накладывать настоящую бинтовую повязку <sup>2</sup>) послѣ того, какъ рана присыпана дерматоломъ, йодоформомъ или айроломъ и покрыта ватой. Такая повязка заходитъ выше пупка, а внизу охватываетъ (spica coxae) оба бедра. Преимущества ея очень значительны. Больные не могутъ хвататься за рану руками, повязка защищаетъ стѣнки живота при рвотѣ послѣ наркоза, а въ

1) Я, при зашиваніи грыжъ бѣлой линіи, накладываю края фасціи возможно шире другъ на друга, какъ полы сюртука, и прошиваю каждый край непрерывнымъ кѣтгутовымъ швомъ. При этомъ грыжевое отверстие оказывается закрытымъ двойнымъ фасціальнымъ слоемъ. В. Г.

2) Невыгодная сторона этой повязки заключается въ томъ, что снятіе ея и замѣна новой сопровождается значительнымъ безпокойствомъ для больной: послѣднюю надо приподнимать, держать на вѣсу и пр. Особенно неудобна она для тѣхъ больныхъ, у которыхъ повязку приходится мѣнять часто (больныхъ съ Міклицъевскимъ дренажемъ). Поэтому я примѣняю у лапаротомированныхъ больныхъ вязанный бинтъ, который можно легко отстегивать и вновь застегивать, не

позднѣйшее время, въ періодѣ выздоровленія, оберегаетъ рану отъ вліянія напряженій брюшнаго пресса и движеній больной въ постели.

Долженъ при этомъ отмѣтить, что и при такой повязкѣ я заклеиваю нижній уголь раны, а если рана идетъ высоко — и верхній, марлею и фотоксилиномъ.

На первые два дня послѣ операціи я охотно кладу на животъ мѣшокъ съ пескомъ.

Внутренніе половые органы можно сдѣлать доступными еще и другимъ путемъ, кромѣ лапаротоміи, — именно, со стороны влагалища (*colpotomia*).

Путемъ этимъ первоначально пользовались только для изсѣченія матки или для вскрытія непосредственно прилегающаго къ заднему своду Douglas'ова пространства. Только разработка методовъ пришиванія неправильно лежащей матки къ влагалищу показала, что вскрытіемъ брюшины черезъ рукавъ, именно черезъ передній сводъ влагалища, можно пользоваться и для цѣлаго ряда другихъ операцій (*Dührssen*).

Вскрытіе задняго влагалищнаго свода можетъ быть примѣняемо лишь для опорожненія сывороточныхъ или кровянистыхъ выпотовъ, для операцій же болѣе сложныхъ, особенно на трубахъ или яичникахъ, оно если не вовсе непригодно, то во всякомъ случаѣ не представляетъ никакихъ преимуществъ передъ лапаротоміей, а наоборотъ. Между тѣмъ кольпотомія представляетъ удобный путь и для изсѣченія матки, иногда съ ея придатками, если матка неособенно увеличена или можетъ быть уменьшена (см. объ этомъ въ главахъ о миомахъ и карциномахъ матки и о воспалительныхъ заболѣваніяхъ яичниковъ).

Гораздо легче, чѣмъ сзади, можно добраться до придатковъ и при благоприятныхъ условіяхъ выполнить ихъ удаленіе или исправить положеніе со стороны передняго свода, вскрывъ его поперекъ, отслоивъ пузырь и разрѣзавъ пузырно-маточную складку брюшины<sup>1)</sup>. Но *conditio sine qua non* здѣсь представляетъ смѣщаемость, — придатки должны быть удобноразводимы во влагалище.

Примѣнимость кольпотоміи гораздо ограниченнѣе, чѣмъ лапаротоміи: пространственная тѣснота не позволяетъ одолѣть значительныхъ техническихъ трудностей, обусловливаемыхъ величиною и сращениями подлежащихъ удаленію органовъ. Если передняго и задняго разрѣзовъ влагалища недостаточно, то надлежащій просторъ и достаточныя удобства можетъ, правда, дать изсѣченіе матки; но когда послѣднее не показуется страданіемъ, ради котораго оперируютъ, — матку приходится уда-

безпокоя больныхъ. Между бинтомъ и раной кладется нѣсколько слоевъ ваты или лигнина, а самая рана покрывается нѣсколькими слоями марли. В. Г.

1) Очень многіе гинекологи держатся совершенно иного взгляда на сравнительная достоинства передней и задней кольпотоміи, рѣшительно предпочитая послѣднюю, и нельзя не признать, что взглядъ этотъ болѣе отвѣчаетъ анатомическимъ отношеніямъ, — по крайней мѣрѣ при заболѣваніяхъ маточныхъ придатковъ. Какъ извѣстно, яичники и трубы, особенно измѣненные воспалительными или новообразовательными процессами, обычно смѣщаются въ задній Douglas'овъ карманъ и потому легче могутъ быть достигнуты черезъ задній сводъ. Впрочемъ при выборѣ между передней и задней кольпотоміей необходима строгая индивидуализація каждаго случая: встрѣчаются случаи, которые съ гораздо большимъ удобствомъ могутъ быть оперированы *per colpotomiam anteriorem*, но еще чаще попадаются такіе, гдѣ должно отдать предпочтеніе задней кольпотоміи. В. Г.

лять исключительно ради технических выгодъ, т. е. безъ особой нужды. Это является чувствительнымъ неудобствомъ кольпотоміи сравнительно съ лапаротоміей.

Преимущества кольпотоміи заключаются въ томъ, что при ней не нуженъ разръзъ живота и тѣмъ устраняется<sup>1)</sup> возможность развитія грыжъ. Еще болѣе цѣнно то, что здѣсь меньше опасность зараженія брюшины. Операторъ и его помощникъ не приходятъ въ соприкосновеніе съ большими брюшинными поверхностями: если при операціи и происходитъ заносъ опасныхъ зародышей, то онъ ограничивается главнымъ образомъ тазовою брюшиною, гдѣ возможно осумкованіе воспаления, болѣе легкое и менѣе опасное обратное развитіе его. Этѣ обстоятельство быстро доставило рукавнымъ операціямъ на внутреннихъ половыхъ органахъ много приверженцевъ и обусловило то, что онѣ въ рукахъ многихъ нашли себѣ примѣненіе, далеко выходящее за предѣлы, намѣчаемые пространственными отношеніями.

Интересный способъ, имѣющій цѣлью по возможности устранить невыгодныя стороны кольпотоміи по сравненію съ лапаротоміей, описанъ Оттомъ подъ названіемъ вентроскопіи. При сильно приподнятомъ положеніи таза больной и при разведеніи рукава ложкообразными зеркалами, удается, пользуясь отраженнымъ свѣтомъ, черезъ разръзъ въ переднемъ сводѣ осмотрѣть значительную часть брюшной полости, — не только тазъ, но, при достаточномъ отодвиганіи кишекъ, также colon transversum, желудокъ, часть печени, желчный пузырь и селезенку.

По окончаніи кольпотоміи операціонная рана закрывается со стороны влагалища швами. Если, однако, кровотеченіе не было надежно остановлено, если зажимы должны были быть оставлены на мѣстѣ, или если нельзя было обезпечить достаточной чистоты отъ зародышей, такъ какъ пришлось оперировать въ зараженной микробами ткани, то лучше оставлять рукавную рану открытою, выполнивъ ее тампономъ изъ вѣоформной марли, который долженъ лежать 7 дней, а затѣмъ, въ случаѣ нужды, можетъ быть возобновленъ. Въ теченіе этого времени въ уретрѣ или лежитъ катетеръ à demeure, или больной производитъ катетеризацію черезъ опредѣленные промежутки времени. Только если влагалищный тампонъ очень хорошо защищаетъ рану, оперированной можетъ быть разрѣшено произвольное мочеиспусканіе.

Послѣдовательное леченіе послѣ операцій въ полости брюшины въ общемъ очень просто. Въ день операціи больная не получаетъ абсолютно ничего внутрь, — ни шампанскаго и вообще вина, ни воды. Противъ мучительной иногда жажды по временамъ вытирають ротъ влажнымъ полотенцемъ. Когда, тошнота отъ наркоза прошла, т. е. приблизительно черезъ 12 ч. послѣ операціи, оперированной даютъ немного чаю, или чаю съ молокомъ<sup>2)</sup>, или минеральную воду, напр., каждыя 2 часа по 2 столовыхъ ложки; на третій и четвертый день даютъ то же самое, или яичное пиво, или бульонъ съ яйцомъ, полчашками. Съ четвертаго дня питаніе дѣлается нѣсколько обильнѣе, оставаясь однако скуднымъ до восьмого дня. Затѣмъ даются легковаримыя, не пучація блюда вплоть до оставленія больною постели.

1) Хотя и неполнѣ. В. Г.

2) Или съ коньякомъ. В. Г.

Для опорожнения кишек послѣ операциі въ прежнее время не давалось ничего. Нѣкоторые операторы даже и въ настоящее время еще даютъ опіаты, чтобы по возможности надолго обезпечить покой кишечника. Такой обычай объясняется боязнью перитонита. Но при почти асептическомъ оперированіи, каковое возможно теперь, я считаю расслабленіе кишекъ опіатами за пріемъ ошибочный. Мы должны имѣть въ виду, что срощенія кишекъ между собою, съ брюшными покровами и операционными ранами возможны именно только при полномъ покоѣ кишекъ, а безъ него могутъ и не развиться. Поэтому я, подобно многимъ современнымъ операторамъ, уже съ четвертаго дня послѣ чревосѣченія обыкновенно назначаю больнымъ слабительныя, какъ St. Germain'скій чай, настой крушинной корки, грудной порошокъ, лимонадъ изъ лимоновъ, шампанское и т. п.<sup>1)</sup> Только если кишка во время операциі была повреждена насквозь и шита, показуются опіаты, пока мы не будемъ увѣрены, что кишечная рана прочно зажила.

Кровать оставляютъ больныя, при безупречномъ теченіи послѣ-операционнаго періода, между 8-мъ и 14-мъ днями. Впрочемъ оперированныя могутъ вставать и раньше, особенно если асептика при операциі была проведена безупречно. Необходимо это бываетъ иногда у старыхъ, марантическихъ субъектовъ, гдѣ есть основаніе опасаться развитія гипостатической пневмоніи. Далѣе, раннее вставаніе бываетъ выгодно у обезкровленныхъ міоматозныхъ больныхъ, склонныхъ къ образованію тромбовъ. Однако принципиально заставлять всѣхъ лапаротомированныхъ больныхъ вставать на 3-й день послѣ операциі, какъ это предлагаетъ K r ö n i g , я считаю неправильнымъ, ибо я думаю, что заживленіе брюшной раны, особенно фасціальной раны, лучше происходитъ при спокойномъ положеніи больной, чѣмъ если она будетъ, благодаря раннему вставанію, преждевременно отягощать брюшныя стѣнки давленіемъ со стороны внутренностей. Притомъ для большинства больныхъ нѣсколько болѣе продолжительное пребываніе въ постели послѣ операциі является лишь приятнымъ.

Нелишней значенія правильнѣйшій выборъ времени для операциі. Прежде считалось понятнымъ само собою, что нельзя оперировать во время мѣсячныхъ. Въ новѣйшее время многіе эманипировались отъ этого правила; я самъ дѣлалъ это часто, чтобы сберечь для больныхъ драгоценное время. Въ общемъ, однако, я позволялъ-бы себѣ рекомендовать придерживаться стараго правила. Операционное поле во время мѣсячныхъ труднѣе сдѣлать асептичнымъ. Также и время незадолго передъ мѣсячными не рекомендуется, особенно для чревосѣченій, такъ какъ подъ влияніемъ предменструальнаго прилива крови раны при этомъ сильнѣе кровоточатъ.

## II. Гинекологическій массажъ.

Техника гинекологическаго массажа выработана знатокомъ его Thure Brandt'омъ, а далѣе развита Ziegenspeck'омъ и др.

1) Еще лучше прибѣгать къ клизмамъ, которыя, въ случаѣ нужды, можно назначать уже со 2-го дня послѣ операциі. В. Г.

Уложивъ больную на твердую подстилку, какъ для бимануальнаго изслѣдованія, вводятъ во влагалище или, при нуждѣ, въ прямую кишку 2 или 1 палецъ и этими пальцами подходятъ къ пораженнымъ мѣстамъ, подлежащимъ массажу, другую же руку помещаютъ со стороны брюшныхъ покрововъ и производятъ послѣднюю, по направленію къ больнымъ частямъ, постепенно усиливаемое давленіе, при помощи короткихъ кругообразныхъ, поглаживающихъ или давящихъ движеній. Влагалищный или кишечный палецъ, «опорный», остается при этомъ совершенно неподвижнымъ. Такимъ способомъ массируютъ минутъ 10—15 ежедневно или черезъ день. Осторожности ради, слѣдуетъ, по крайней мѣрѣ въ началѣ леченія, уложить больную въ постель, измѣрять у ней температуру и продолжать массажъ лишь тогда, когда температура будетъ нормальна и не будетъ на лицо тяжелыхъ явленій всасыванія.

Одно только появленіе болей или усиленіе прежде бывшихъ не противопоказуетъ массажа, если температура остается нормальной.

Цѣль описанныхъ движеній заключается въ томъ, чтобы растянуть и постепенно уничтожить имѣющіяся периметритическія сращения, сдѣлать подвижными рубцы въ околоматочной соединительной ткани, возбудить и поддерживать кровообращеніе въ хронически воспаленныхъ ранахъ, — потому гладкія движенія должны быть производимы въ направленіи венаго и лимфатическаго тока, — уничтожить (т. е. вызвать рассасываніе) воспалительныя вышоты, наконецъ, возбудить ослабѣвшую и ставшую недѣятельною мускулатуру мезометрія.

Подобно массажу, полезнымъ противъ хроническихъ воспалительныхъ припуханій внутреннихъ половыхъ органовъ является постоянное давленіе, получаемое при Гейндовскомъ леченіи тяжестью наполненіе влагалища дробью до 1000 грм. въ крѣпкомъ кондомѣ и одновременное прикладываніе мѣшка съ дробью въ нѣсколько фунтовъ вѣсомъ на нижнюю часть живота на нѣсколько часовъ).

Техника бимануальнаго массажа остается въ главныхъ чертахъ та же, примѣняется ли онъ противъ брюшинныхъ сращеній, или противъ рубцовыхъ мозолей, которыя мы подозрѣваемъ въ параметрії, или при остаткахъ haematocoele, при хроническомъ воспаленіи органовъ (матки, трубъ, яичниковъ), наконецъ, при выпаденіяхъ матки (ср. ниже).

Я не считаю цѣлесообразнымъ замѣнять при массажѣ внутренней палецъ, согласно предложенію Weisenberga, — obturatoromъ изъ твердаго каучука. Но хорошо, особенно для растяженія и постепеннаго разрыванія периметрическихъ воспалительныхъ образований, во временахъ вытягивать влагалищную часть пулевыми щипцами и тогда производить массажъ („Zugmassage“ Sängera).

Показанія. Та область, въ которой за гинекологическимъ массажемъ при научной критикѣ надо признать высокое значеніе, обнимаетъ собою хроническія воспаленія тазовой брюшины съ ихъ спутниками и послѣдствіями, т. е. съ воспаленіями и смѣщеніями органовъ. Фиксація матки сзади или съ боковъ, фиксація трубъ и яичниковъ, хроническія воспаленія этихъ органовъ — все это съ успѣхомъ излѣчивается массажемъ, если другіе способы, какъ операція или способъ Schultze, непримѣнимы или не дали результата.

Здѣсь массажъ даетъ то, чего нельзя добиться никакими другими способами леченія. Огромная частота слипчиваго периметрита дѣлаетъ понятнымъ, почему спеціалисты, которые массируютъ безъ разбора при каждомъ гинекологическомъ страданіи, все-таки добиваются въ извѣстномъ процентѣ случаевъ успѣха.

Механическое дѣйствіе массажа при слипчивомъ периметритѣ, перисальпингитѣ и періоофоритѣ легко, въ подходящихъ случаяхъ, демонстрируется сравненіемъ точныхъ данныхъ ощупыванія передъ началомъ леченія и по окончаніи его. Особенно поучителенъ въ этомъ отношеніи слѣдующій примѣръ:

Я читалъ въ Юрьевѣ свой курсъ методовъ изслѣдованія на матеріалѣ отчасти постоянномъ, — 20—30 женщинъ, большинство которыхъ прежде были проходящими или стационарными больными, представляли ядро, около котораго группировались беременныя и другія подходящія больныя, амбулаторныя или стационарныя. Среди этихъ 20—30 постоянно посѣщавшихъ наши курсы женщинъ имѣлась одна съ превосходною типическою антефлексією вслѣдствіе лѣвосторонняго, задняго, перитонитическаго и періоофоритическаго сращенія. Каждому начинающему я демонстрировалъ эту больную, каждый, какъ слѣдуетъ, ощупывалъ ее. Такимъ образомъ эта женщина выносила за годъ далеко болѣе 100 двуручныхъ изслѣдованій. Это частое ощупываніе не могло остаться безъ вліянія: фиксация становилась все нехарактернѣе; послѣ нѣсколькихъ лѣтъ она исчезла совершенно, и демонстрировать женщину я могъ теперь уже, какъ нормальную.

Далѣе, какъ на это указываетъ *Olshausen*, — массажъ отлично дѣйствуетъ на всѣ воспалительные инфильтраты, напр. на инфильтрацію матки при хроническомъ метритѣ, на внутривѣстную инфильтрацію трубъ, на парасальпингиты при сактосальпингисахъ и на параметритическіе инфильтраты.

Съ особенною осторожностью слѣдуетъ примѣнять массажъ при всѣхъ страданіяхъ, гдѣ имѣются скопленія жидкихъ воспалительныхъ продуктовъ. въ особенности при трубныхъ мѣшкахъ. «Противопоказанъ массажъ при гноѣ и ракѣ», говаривалъ *Th. Brandt* своимъ невращаемымъ языкомъ. Наши клиническія средства наблюденія оставляютъ зачастую подѣ сомнѣніемъ, изъ гноя-ли состоитъ скопленіе жидкости въ трубѣ, или изъ слизи, или изъ крови. Между тѣмъ какъ массажъ гидро- или гематосальпингиса можетъ быть безопаснымъ и полезнымъ, при скопленіи въ трубѣ гноя онъ сомнителенъ, а иногда прямо опасенъ для жизни, если дѣло идетъ о гноѣ еще вирулентномъ.

Вообще въ этой области важна особенно строгая индивидуализация; для многихъ случаевъ именно здѣсь лучше подходитъ хирургическое вмѣшательство, для другихъ — леченіе чисто-припадочное, противовоспалительное, или покой, или водолеченіе. Дѣло гинеколога, дѣло опытнаго врача — намѣтить для каждаго страданія подходящій лечебный способъ. И прямая обязанность врачей — ограничить беспорядочныя и безцѣльныя манипуляціи профессиональныхъ массёровъ тѣми страданіями, гдѣ это могутъ дозволить наши анатомо-клиническія свѣдѣнія. Поэтому никогда не поручайте гинекологическаго массажа лицамъ, не вполне правоспособнымъ медицински.

Въ общемъ показанія здѣсь можно формулировать такъ, что всѣ эти воспаленія дозволяютъ массажъ, — и то съ соблюденіемъ указанныхъ выше предостереженій, — разъ они перешли въ хроническую стадію, въ стадіи же острой массажъ противопоказанъ.



Thure Brandt пытался лечить массажем и проляпс, для чего выработал особенную методику массажа и врачебной гимнастики. Кроме бимануального массажа, здесь особенно пригодным является приподнимание матки: помощник обеими руками охватывает приподнятую массёром из влагалища матку со стороны брюшных покровов и тянет ее возможно выше вверх. Акт этот можно выполнять и так, — не заставляя помощника столь сильно изгибаться, как это необходимо по предписанию Thure Brandta, — что этот помощник становится возле больной, неслишком от нея отвернувшись лицом, и производить приподнятие приблизительно так же, как оно выполняется помощником при распознавании опухолей по Schultze.

Мускулатуру тазового дна и сфинктеры Thure Brandt рекомендовал укреплять главным образом двумя движениями с сопряженными, — разведением и сведением колѣнъ, т.е. движениями, которыя лежащая больная производит въ томъ и другомъ направленіи своими бедрами, между тѣмъ какъ массёръ оказываетъ сопротивление ей. Thure Brandt „излечилъ 40 случаевъ выпаденія, прежде чѣмъ узналъ это движение“ (ср. главу IX, о выпаденіи).

При этихъ и подобныхъ страданіяхъ, какъ и вообще, массажъ по самой сущности своей даетъ успѣхъ только тогда, когда онъ примѣняется очень долгое время, много недѣль и мѣсяцевъ. Вслѣдствіе этого онъ подходит не для каждаго темперамента и не для каждаго кошелька.

### III. Гинекологическая электротерапія.

Примѣненіе электричества въ гинекологіи требуетъ нѣкоторыхъ специальныхъ познаній, которыя не входятъ въ общую электротерапію.

Какъ въ другихъ областяхъ, такъ точно и здѣсь токъ примѣняется и постоянный, и индуктивный. Послѣдній, вызывая преимущественно сокращенія мышечныхъ элементовъ въ фарадизируемыхъ органахъ, дѣйствуетъ больше механически. Область его примѣненія въ гинекологіи относительно невелика.

Постоянный токъ употребляется въ гинекологіи такой силы, какъ нигдѣ. Нерѣдко здѣсь примѣняются токи отъ 200 миллиамперовъ и болѣе силою. Оттого, если желаютъ воспользоваться электротерапіею для гинекологіи въ полномъ объемѣ, то нужно имѣть очень хорошій аппаратъ, который, кромѣ различнѣйшихъ электродовъ, снабженъ еще избирателемъ токовъ, реостатомъ и надежнымъ гальванометромъ.

Для постоянного тока приходится имѣть въ виду, при гинекологической электротерапіи, какъ и вездѣ, его дѣйствіе полярное, межполярное и внѣполярное; послѣднее чаще всего только вредитъ, вызывая нежелательныя побочныя явленія, какъ головныя боли, гастралгіи, дизентерію. Межполярное дѣйствіе нелегко ограничивается отъ полярнаго, да и вообще раздѣленіе здѣсь имѣется лишь теоретическое.

Для практическихъ цѣлей важно имѣть въ виду, что отрицательный полюсъ, катодъ, развиваетъ дѣйствіе болѣе энергичное; онъ дѣйствуетъ болѣе раздражающе, вызываетъ приливы крови, а иногда и кровоточенія. Въстѣ съ тѣмъ онъ обладаетъ рассасывательною силою и потому примѣняется тамъ, гдѣ дѣло идетъ объ обратномъ развитіи выпотовъ, гнойныхъ скопленій, опухолей. Положительный полюсъ дѣйствуетъ преимущественно кровоостанавливающимъ образомъ, устраняетъ приливы, успокаиваетъ боли.

Обстоятельное изученіе соприкасающейся съ полюсами ткани Prochow-pik'омъ, Späth'омъ и Bröse показало, что при сильныхъ токахъ оба электрода производятъ прижигающее дѣйствіе, — болѣе сильное анодъ (положительный полюсъ), болѣе слабое катодъ. Для анода дѣйствіе это обуславливается кислотами, которыя вслѣдствіе электролиза образуются въ сосѣдней съ полюсомъ ткани, главнымъ образомъ хлористоводородною (изъ поваренной соли тканей) и сѣрнистою (изъ сѣры бѣлка). Струнъ отъ прижиганія при этомъ совершенно схожъ съ тѣмъ, какой получается при дѣйствіи минеральныхъ кислотъ. „Такимъ образомъ внутриматочный анодъ Arostoli, „положительная химическая гальванокаустика“, представляетъ собою haemostaticum первого ранга“ (Bröse). При катодѣ прижи-

ганіе вызывается, напротивъ, щелочами. Струпъ отъ прижиганія тождественъ съ тѣмъ, какой получается при дѣйствіи ѣдкаго кали; одновременно наступаетъ сильное набуханіе околележащей ткани и образованіе газовъ въ ней.

Такъ какъ мы въ гинекологіи предоставляемъ дѣйствовать главнымъ образомъ только одному полюсу, то называемъ его активнымъ, — положительнымъ активнымъ или отрицательнымъ активнымъ. Другой полюсъ называется индифферентнымъ.

Въ большинствѣ случаевъ мы помѣщаемъ активный полюсъ возможно ближе къ фокусу болѣзни, а иногда и въ самый очагъ послѣдней, т. е. во влагалище или въ матку. Индифферентный полюсъ кладется при этомъ на животъ. Тогда говорить о влажно-маточно-брюшной гальванизации.

Электроды для активного полюса дѣлаются изъ разныхъ матеріаловъ. Для влажной гальванизации мы пользуемся шаровиднымъ угловымъ электродомъ, а для маточной, какъ и большинство, — алюминіевымъ въ формѣ маточнаго зонда въ 3—6 мм. толщиною; Вгозе рекомендуетъ, въ виду легкой порчи алюминіевыхъ зондовъ съ поверхности, замѣнять ихъ платиновыми; для гальванопунктуры берется электродъ въ видѣ стилета или иглы.

Индифферентный полюсъ, если онъ прикладывается къ животу, долженъ быть возможно болѣе объемистымъ, чтобы ослабить его дѣйствіе. Онъ состоитъ изъ свинцовой пластинки; между послѣднею и кожей кладется мокрая подушечка, смоченный кусокъ войлока или мѣшокъ, наполненный скульптурной глиной.

Смотря по показаніямъ или по условіямъ, въ которыхъ примѣняется электричество, активнымъ служитъ то положительный полюсъ, то отрицательный.

Токъ для леченія берется весьма неодинаковой силы. Между тѣмъ какъ для устраненія периметритическихъ болѣе наилучше годятся токи въ 10—20 МА, для гальваническаго леченія міомъ или трубныхъ ретенціонныхъ кистъ и для остановки внутриматочныхъ кровотеченій нужны токи до 250 МА. Послѣдніе зачастую не переносятся безъ наркоза. Чувствительность къ сильнымъ токамъ бываетъ индивидуально различна: нѣкоторыя женщины еще выносятъ токи около 150 МА, для другихъ уже при силѣ въ 100 МА необходимъ наркозъ. Мой личный взглядъ въ этомъ отношеніи совершенно совпадаетъ съ Zweifel'евскимъ, — что примѣненіе токовъ большой силы, въ 100 МА и выше, всегда весьма болѣзненно.

Число, продолжительность и частота сеансовъ электризации зависятъ отъ характера страданія и отъ чувствительности больной. Продолжительность достигаетъ въ среднемъ 5—10 минутъ; слабые токи можно примѣнять ежедневно, а сильные рѣже, смотря по силѣ. При употребленіи токовъ очень сильныхъ и при гальванопунктурѣ необходимо, чтобы больная лежала въ постели.

Что всѣ электрическія „операции“ могутъ быть предпринимаемы лишь при условіи соблюденія строжайшей асептики, — это разумѣется само собою. Тѣмъ не менѣе я считаю необходимымъ еще разъ напомнить, что погрѣшность противъ правилъ асептики при внутриматочной гальванизации, какъ и при прямо уже опасной гальванопунктурѣ, можетъ отомстить за себя крайне серьезно.

Во время гальваническаго леченія у больныхъ, — даже при токахъ слабыхъ, — обычно появляется течь изъ половыхъ органовъ, и потому необходимы вѣжающія или обеззараживающія орошенія влагалища.

Въ новѣйшее время гинекологическая электротерапія много потеряла изъ своей прежней области примѣненія: требующія операций страданія, воспаленія придатковъ, маточныя кровотеченія, въ особенности же міомы — отошли въ рукахъ искусныхъ операторовъ къ акургіи, а не требующіе операций хроническіе процессы — къ методамъ и болѣе безвреднымъ, и болѣе дѣйствительнымъ.

Впрочемъ иногда нужно бываетъ, въ перемжку съ этими методами, прибѣгать и къ электротерапіи, и поэтому заслуживаетъ упоминанія предложеніе Калабина, горячо рекомендующаго рукавно-брюшную электризацию противъ хроническаго оофорита и вообще воспаленій придатковъ (круглый угловый электродъ, обернутый влажной ватой, въ рукавѣ; сеансы каждые 2—3 дня).



— крупозный 92, — гуммозный 93,  
— адгезивный 96, — септический 524.  
Vaginofixatio uteri 148.  
Vagino-vesicofixatio uteri 149.  
Вапоризация полости матки 207, — — —  
при фибромиомах 247.  
Ventrofixatio uteri 149, — — vaginalis  
150, — — при проляпсѣ 173.  
Вентроскопія 614.  
Vesico-ventrofixatio uteri 150.  
Викарныя менструаціи 539.  
Влагалище, его анатомія 10, — искус-  
ственное, его образование 39, 99,  
— его удвоенія 40, — его воспали-  
енія 91, — бугорчатка 93, — круглая  
язва 93, — молочница 93, — травма-  
тическія поврежденія 97, — атрезіи  
97, — стенозы 101, — выпаденіе 103,  
157, — опухоли 104.  
Влагалищная часть матки 2, 15.  
Воронка трубы 5.  
Впрыскиванія, внутриматочныя при сал-  
пинго-оофоритахъ 329, — — при па-  
раметритическихъ экссудатахъ 397.  
Время для операции, выборъ его 615.  
Вульва дѣтская 51.  
Vulvitis 54, — pruriginosa 64, — ser-  
tica 524.  
Vulvo-vaginitis gonorrhoeica 462.  
Вѣра яйцевые 18.  
Вѣнецъ лучистый 9.  
Вшиваніе матки въ рукавъ при про-  
ляпсѣ 174.  
Выворотъ матки пуэрперальный 179,  
— — — его происхожденіе 179,  
— — — припадки 180, — — — діаг-  
нозъ 181, — — — лечение 181, — —  
при опухоляхъ 184.  
Выворотъ пузыря 439.  
Выпаденіе матки 157, — — его воз-  
никновеніе 159, — — патологическая  
анатомія 163, — — припадки 168,  
— — — лечение неоперативное 168,  
— — — оперативное 169.  
Выпаденіе рукава 103, 157.  
Выпаденіе уретры 418.  
Выскабливаніе матки при эндометритѣ,  
202, — — — пробное 572.

**Г. Г. Н.**  
Гангрена вульвы 57.  
Garrulitas vulvae 78.  
Gartner'овскій каналъ 10.  
Гауданнъ 582.  
Haematocele retrouterina 332, 337, 338.  
Haematocolpos 41, 98.  
Гѣматома трубная 338, — околотруб-  
ная 338, — желтаго тѣла 358, — ши-  
рокой связки 386.  
Haematometra въ рудиментарномъ рогѣ.  
34, — при атрезіи рукава 41, 97, —  
при ракъ матки 270.  
Гѣмосальпинксъ при гѣматометрѣ 34,  
321.

Гермафродитизмъ 48.  
Herpes vulvae 57.  
Hilus ovarii 7.  
Гидатиды Morgagni 348.  
Hydrometra senilis 26.  
Гидронефрозъ 562, — отличіе его отъ  
яичниковыхъ кистъ 377.  
Hydrops tubae profluens 324.  
Hydrosalpinx, его возникновеніе 321,  
— бугорчатый 490.  
Hydrocele femininum 401.  
Гильотина для снятія швовъ изъ глу-  
бины 442.  
Гимнастика лечебная при гинекологи-  
ческихъ заболѣваніяхъ 618.  
Гипертрофія маточной шейки при про-  
ляпсѣ 163, — влагалищной части 226,  
— яичниковъ 350.  
Гипоспадія женская 48, — мужская 50.  
Hysterokeleisis 451.  
Гистерофоры 171.  
Гной, его изслѣдованіе при операцияхъ  
574, 606.  
Гоноррея женскихъ половыхъ частей,  
ея возбудитель 457, — — способъ за-  
раженія 458, — — локалізациа 461,  
— — вліяніе на половыя функціи  
465, — — прогнозъ 466, — — діаг-  
нозъ 466, — — профилактика и ле-  
ченіе 467.  
Гонотоксинъ 461.  
Грыжа большихъ глубъ 75, — въ рубцѣ  
послѣ чревосѣченія 608.  
Губы половыя большія 12, — — ма-  
лыя 12.

**Д. Д.**  
Давленіе внутрибрюшное 159.  
Дезодоризація воздуха при ракахъ  
матки 305.  
Дермографизмъ при женскихъ болѣз-  
няхъ 546.  
Дермоиды вульвы 73, — широкихъ свя-  
зочъ 399, — яичниковъ, ихъ строеніе  
368, — — раковое перерожденіе 368.  
Десмоидная новообразованія матки 227.  
Descensus ovariorum 20, — uteri 123.  
Decidua menstrualis 217, — отхожде-  
ніе ея при вѣматочной беремен-  
ности 343.  
Децидуомы 268.  
Deutoplasma 8.  
Diverticulum Nuckii 21.  
Дисменоррея 539, — перепончатая 216.  
Dyspareunia 545.  
Дренажъ брюшной полости при чрево-  
сѣченіяхъ 602.  
Ductus paraurethralis 13, 19.

**Е. Э.**  
Einkindsterilität 325, 473.  
Экантемы вульвы 57.  
Экзема вульвы 57.  
Excavatio recto-uterina 1, — vesico-ute-  
rina 1.

Эксудатъ гнойный въ тазовой кѣтчаткѣ 387.  
 Экстирпация матки при проляпсѣ 175, — при миомахъ 251, — — влагалищная при ракъ матки 288, — — брюшная при ракъ матки 291, — рукава 110.  
 Экцизія пробная 573, — при ракъ матки 281.  
 Эктопія мочевого пузыря 47.  
 Elevatio uteri 114.  
 Элекгричество въ гинекологіи 618, — при фиброміомахъ матки 248.  
 Elephantiasis vulvae 59.  
 Эндометригъ, его формы 187, — острая формы 188, — хроническій гиперпластическій 190, — анатомическая картина 192, — железистый 193, — интерстиціальныи 193, — полипозныи 193, — симптоматологія 194, — діагнозь 196, — лечение 197, — особенныя формы 216, — туберкулезныи 491, — септическій, 525.  
 Эндометриѳъ 2.  
 Эндосальпингитъ 318.  
 Эндотелиомы матки 261, — яичниковъ 372, — широкихъ связокъ 399.  
 Энуклеация фиброміомъ 255.  
 Euphresis nocturna 417.  
 Энхондромы вульвы 68.  
 Эписпадія 46.  
 Эпителіѳъ зародышевыи 7, — полостной у зародыша 14, 18.  
 Эпителіоидныя новообразованія матки 264, — — яичниковъ 359.  
 Эрозиѳ влагалищной части 209, — ихъ формы 209, — — діагнозь 211, — — — терапия 212.  
 Эстіомена вульвы 60.  
 Эхинококки вульвы 73, — тазовой кѣтчатки 402.

**Ж.**

Железы подчревной области лимфатическія 11.  
 Желтое тѣло 9.  
 Желчныи пузырь, его водянка 562.  
 Жомъ Pésa'n'a 253, 290.

**З. Z.**

Зажимы для ангиотисиса 603.  
 Законъ Heinze 467.  
 Заносъ трубныи 338.  
 Запоры при женскихъ болѣзняхъ 546.  
 Зараженіе черезъ воздухъ, защита отъ него 585.  
 Зарощеніе гімае pudendi 51.  
 Зашиваніе брюшной раны послѣ чревосѣченія 574.  
 Зеркала брюшныя 564, — влагалищныя 568, 593, — Neugebauer'a 441, — Shubert'a 601.  
 Zona pellucida 8.  
 Зондъ маточныи 558, — — выправле-

ніе имъ ретрофлектированной матки 132.  
 Зондированіе матки 558, — — при эндометригѣ 198, — пузыря 559.  
 Зудъ вульвы 56, 64, 71.

## И. I.

Иглодержатели 610.  
 Иглы Dechaupr's'a 604.  
 Измѣненіе живота при гинекологическихъ заболѣваніяхъ 560.  
 Изслѣдованіе рукавное 554, — прямокишечное 555, 557, — по Kelly 557, — подъ наркозомъ 560, — per rectum полною рукою и полурукою 561, — связи опухоли съ маткою по Schultze 563.  
 Ietus, его этиологія 411, — клиническая картина 411, — діагнозь 412, — профилактика 413, — лечение 414.  
 Impotentio secundi 542, — — послѣ colpocleisis 449, — generandi 542.  
 Инфантилизмъ 44.  
 Inversio ostii tubae abdominalis 319.  
 Incontinentia alvi 78.  
 Инородныя тѣла въ рукавѣ 95, — — въ брюшной полости, забытыя при чревосѣченіяхъ 609.  
 Инструменты, ихъ обезпложиваніе 582.  
 Интоксикація гнилостная 521.  
 Инфекція септическая 523.  
 Irritable bladder 435.  
 Истерія у гинекологическихъ больныхъ 549.  
 Ischuria paradoxa 546, — — при anterpositio uteri 115, — — при ретрофлексии 154, — — при фиброміомахъ матки 240.

## К. C.

Кальцій-карбидъ при ракъ матки 303.  
 Камни маточныя 237, — пузырьныя у женщины 430, — уретральныя 419.  
 Канальъ Gartn'ev'skій 10, — мочеиспускательныи у женщины 13, — цервикальный 1.  
 Carunculae hymenales 13.  
 Карункулы уретральныя 418.  
 Кастрация при фиброміомахъ 257.  
 Катетеризация пузыря 419.  
 Катетеръ маточныи 200.  
 Кистаденомы трубъ 348, — яичниковъ, ихъ гистологія 359, — — классификація 359, — — псевдомуцинозныя 361, — — серозныя 364.  
 Кистокарциномы яичниковъ 367.  
 Кистомы яичниковъ простыя 359.  
 Кисты вульвы 58, — Nis'k'ova канала 75, 401, — рукава 104, — пароварія 384, — трубныя 348, — яичниковъ фолликулярныя 357, — желтыхъ тѣлъ 357, — трубно-яичниковыя 322, — — широкихъ связокъ 398.  
 Климактерій 26, — измѣненіе матки при

немь 26, — — рукава 27, — — яч-  
никовъ 27.  
Клиторъ 12.  
Клоака 19.  
Клѣтки лютеиновыя 9.  
Клѣтчатка околomatочная, ея анатомія  
386, — — кровоизліянія 386, — —  
воспаленіе 387.  
Кожа, ея пораженія при гинекологиче-  
скихъ заболѣваніяхъ 546.  
Коканнизация при гинекологическихъ  
операціяхъ 589.  
Coccygodynia 547.  
Кольпепризь при выворотѣ матки 182.  
Colpohyperplasia cystica 96.  
Colpocleisis 449, rectalis 450, — — при  
ракѣ матки 305.  
Colporrhaphia 170.  
Кольпотомія, кругъ ея примѣненія 613,  
— ея преимуществва 614, — ея тех-  
ника 613.  
Colpocystotomia 429.  
Columnae rugatum 11.  
Колѣбно-локтевое положеніе 594.  
Кондиломы острья вульвы 54, — —  
рукава 94.  
Конская нога Skeпe 448.  
Coryora albicantia 9.  
Craurosis vulvae 55.  
Кровоускунія изъ матки при метритѣ  
225.  
Кровотеченія, остановка ихъ при гине-  
кологическихъ операціяхъ 600, —  
при трубной беременності 342.  
Cimulus proligerus 8.  
Кускованіе фибромомъ матки 253.  
Кэтгутъ, его обезпложиваніе 584.

### Л. Л.

Ламинарии, ихъ примѣненіе для рас-  
ширенія шеечнаго канала 565.  
Лапаротомія, подготовка больныхъ къ  
ней 596, — разрьзъ брюшныхъ стѣ-  
нокъ при ней 596, — положеніе боль-  
ныхъ при ней 599, — употребленіе  
зеркалъ 599, — гѣмостазъ 600, —  
примѣненіе дренажа 602, — туалетъ  
брюшины послѣ нея 602, — заши-  
ваніе брюшной раны послѣ нея 611,  
— повязка послѣ нея 612, — проб-  
ная 571.  
Lateroflexio uteri 118.  
Lateropositio uteri 117.  
Lateroversio uteri 117.  
Леченіе тяжестью 616.  
Лейкемическая опухоль селезенки 563.  
Leukoplakia при циститѣ 425.  
Лейкоциты, сосчитываніе ихъ при па-  
раметритѣ 394.  
Лимфатическіе сосуды матки 4, — —  
трубы 6, — — ячника 9, — — ру-  
кава 11.  
Liquor folliculi 8.

Липомы вульвы 67, — широкихъ свя-  
зокъ 398.  
Лихорадочныя мѣсячныя 541.  
Лобокъ 12.  
Ложечка для выскабливанія 202.  
Lupus vulvae 59, 502, urethrae 417.

### М.

Maculae gonorrhoeicae 13, 463.  
Массажъ при проляпсѣ 169, — при ги-  
некологическихъ заболѣваніяхъ, его  
техника 615, — показанія и проти-  
воказанія 616.  
Матка, ея анатомія 1, — болѣзни 113,  
— нормальное положеніе 113, — не-  
правильныя положенія 113, — вы-  
паденіе 157, — выворотъ 179, — вос-  
паленіе 187, — міомы 227, саркомы  
257, — аденомы 264, — ракъ 265, —  
хоріо-эпителиома 307.  
Межменструальныя боли 196.  
Membrana granulosa 8.  
Mesenteritis retragens 505.  
Mesovarium 6.  
Меланотическія опухоли вульвы 68.  
Мелкокистовидное перерожденіе яич-  
никовъ 354.  
Меноррагіи 538.  
Менструація 21, — связь ея съ ову-  
ляціей 21, — слизистая оболочка матки  
при ней 22, — викарная при отсут-  
ствіи внутреннихъ половыхъ час-  
тей 39.  
Метамлазія эпителия при эндометритѣ  
193.  
Метритъ, связь его съ эндометритомъ  
187, — острый 222, — хроническій 223.  
Metritis dissecans 217.  
Метроппагіи 538.  
Migratio ovi externa 334.  
Микрофлора рукава 92, 187.  
Міометрій 2.  
Міомы большихъ губъ 68, — рукава 106,  
— трубы 348, — широкихъ связокъ  
398, — круглыхъ связокъ 401, — cesti  
565. См. также „Фибромы“ и „Фи-  
броміомы“.  
Myorrhaphia levatoris ani 171.  
Mittelschmerz 547.  
Молочница рукава 93.  
Mons Veneris 12.  
Morcellement при міомахъ 249.  
Morsus diaboli 5.  
Моча, ея изслѣдованіе 419.  
Мочепріемники при недержаніи мочи  
449.  
Мочеточники, вшиваніе ихъ въ пузырь  
294.

### Н.

Наркозь ингаляціонный 589.  
Наружныя половыя части женщины, ихъ  
анатомія 12, — — пороки разви-  
тія 48, — — — воспаленія 54, — — —